

ASOCIACION MEXICANA DE
TANATOLOGIA, A.C.



ALCOHOLISMO
CIRROSIS
Y MUERTE

T E S I N A

PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

T A N A T O L O G I A

P R E S E N T A :

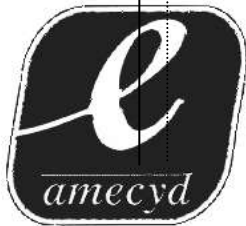
DR. BENIGNO TORRES PEREZ

ASESOR: PSICOLOGA

MARY CARMEN ALONSO Y

CORONADO

MEXICO, D.F. ENERO DE 2011



DEDICATORIA.

A mis tres hijos:

Ernesto; Por ser un estímulo, que me lleva a practicar y acrecentar el desapego, permanentemente. También, te doy las gracias por permitirme mostrarte el camino que transitas, y las consecuencias finales que genera.

Dani; Justificación y motivo de mi existencia.

Nadia; Te amo, sabes que no te miento, pero esto no implica que no sea capaz de sobrevivir sin ti. Es verdad que algo me falta, que hay algo de intranquilidad en mí, que te extraño. Me entristece, pero no me deprimó. Puedo continuar haciéndome cargo de mí mismo... pese a tu ausencia; sigo aprendiendo a ser feliz.

A Mary Carmen Alonso y Coronado; Con admiración,
respeto y agradecimiento.

“LA BOTELLA INFERNAL”.

Yo soy la botella, del crimen sostén
Amigo que pasas...conóceme bien
No me tomes nunca, oye mi consejo
Y serás dichoso cuando seas viejo.

Pues soy la causante de las aventuras
De los sinsabores y las amarguras
Soy de los cobardes el falso valor
Y para las madres afrenta y dolor.

Yo hago que muchos se tornen violentos
Y de Dios quebranten los diez mandamientos.
Yo soy el origen de incontables males
Pues a muchos llevo a los hospitales.

Yo soy la deshonra y la esclavitud
El mayor peligro de la juventud
Por donde yo paso dejo la pobreza
Siembro la discordia, dejo la tristeza.

Campos y ciudades saben de mis huellas
Y he sido la ruina de mujeres bellas.
Cumpro de las sombras la fatal misión
De arrastrar al hombre a la perdición.

No hay memoria sana que mi mal no
venza
Y soy de los hijos temor y vergüenza.

Soy de los ingratos el remordimiento
Y de las esposas el mayor tormento.

Yo soy la botella del vicio fatal
Que voy por el mundo con paso triunfal.
Si eres prudente, amigo lector
Recuerda el consejo: no tomes licor

CONTENIDO.

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- EL ALCOHOL EN LA HISTORIA.....	3
a).-Orígenes y raíces etimológicas.	
3.- DEFINICIÓN Y PREVALENCIA.....	13
4.- FACTORES PREDISPONENTES.....	21
a).-Factor genético; metabolismo diferente.	
5.- FASES DE LA ENFERMEDAD.....	38
a).-Tabla del Dr. E.M. Jellinek.	
6.- TIPOS DE ALCOHOLISMO.....	56
a).-Negación.	

7.- TRATAMIENTO.....	64
8.- MANEJO A LARGO PLAZO; A.A. LA UNICA OPCION.....	69
a).-Orígenes.	
b).-Quienes somos.	
c).-Familia Al-Anon.	
9.- COMPLICACIONES.....	93
10.- CIRROSIS HEPATICA ALCOHOL NUTRIC IONAL.....	104
a).-Alcohol e hígado.	
b).-Manifestaciones clínicas.	
c).-Pronóstico.	
d).-Mortalidad por cirrosis en México.	
11.- CONCLUSION.....	119
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	122

INTRODUCCION.

El paso de los años, me ha confirmado que la mejor experiencia se adquiere cuando vives el proceso. Como profesionalista, he estado cercano al sufrimiento personal y al dolor que genera en la familia, no solo el enfermo, sino también su muerte.

Esta cercanía con los pacientes, me motivó a realizar este trabajo. Solo pretendo, que sea una síntesis, breve y sencilla, para todos, de lo que esta enfermedad implica.

Se dice que, “La enfermedad y el sufrimiento, no son buenos ni malos...son simplemente lo que hacemos con ellos”. Sabemos que el alcohólico sufre, pero también entendemos que, “cuando una persona no se da, ni es capaz de dar amor...lo está pidiendo”.

Aprendí en A.A., que el principal problema de un alcohólico, y todos lo sabemos, es la negación de su estado, situación que empeora, cuando por desconocimiento de sus familiares se le etiqueta de adicto, sin comprender que el alcoholismo es una enfermedad, y como tal debemos ayudar en su atención.

El sufrimiento, pega directamente en la huella de abandono de estos enfermos, reclamándoles la urgencia de alguien o de algo que los colme, que los satisfaga. El alcohol, recurso nefasto, pero infalible, para cumplir este objetivo compulsivo. Conducta que

requieren a pesar de ellos mismos; pero que nunca es suficiente, siempre quieren más y más. Es la espiral autodestructiva que les fue ganando terreno poco a poco, lentamente, iniciándose como una experiencia aislada pero que, tarde o temprano, se instauró como una necesidad, una compulsión. Una droga que los mata y sin la cual no pueden vivir. Su vacío existencial tiende a convertirlos, y lo logra, en esclavos permanentes de ellos mismos.

EL ALCOHOL EN LA HISTORIA

ORIGEN Y RAICES ETIMOLOGICAS.

El alcohol y sus efectos han estado presentes en toda la historia de la humanidad. De hecho, se le considera la droga más antigua y la más generalizada en el mundo.

Sus orígenes se remontan a 3000 años a. C. según los documentos más antiguos conocidos, una colección de tablillas de arcilla halladas en Mesopotamia, que incluyen el alcohol en una lista de gastos.

Su historia comienza pues en la antigüedad, donde las mujeres empleaban un polvo fino con fines cosméticos a base de un pigmento oscuro, por lo general compuesto por antimonio. Los árabes con sorprendente sencillez, lo llamaban “el polvo finamente dividido” con una palabra árabe que era *al-kuhl*. Los asirios al mismo polvo, lo llamaban con una palabra fonéticamente semejante, *guhlu*.

Sabemos que los árabes fueron los grandes alquimistas, y cuando los europeos empezaron a dedicarse a la alquimia, 800 años d.C., adoptaron muchos términos de éste pueblo. Los árabes, terminaron empleando este término, para

nombrar a cualquier polvo finamente molido, ya sin ninguna relación cosmética. Igualmente hicieron los europeos, solo que al pronunciarlo y escribirlo, degeneró en la palabra “alcohol”.

También ocurrió, que estos alquimistas se sentían incómodos con los gases o vapores que su elaboración generaba y pensaron que estos vapores no eran lo mismo que los sólidos, por lo que los llamaron “espíritus”.

Les impresionaba de manera especial que esas sustancias se desprendían incluso a temperaturas normales, sin tener que ser calentadas. De todas ellas la más importante en la época medieval, era el vino que se extraía de la uva, por lo que empezaron a hablar de “los espíritus del vino”, haciendo referencia a los componentes volátiles de éste. Todavía en la actualidad continuamos denominando a algunas bebidas alcohólicas como “espirituosas”. Ahora bien, cuando un líquido se evapora parece pulverizarse, hasta desvanecerse, por lo que también fueron llamados “alcohol”. Y los alquimistas hablaron entonces del “alcohol del vino”.

Este alcohol del vino tiene un grupo de dos átomos de carbono al que están unidos un total de cinco átomos de

hidrógeno. Esta misma combinación se encontró en un compuesto en 1540. Este compuesto se evaporaba con mayor facilidad que el alcohol, y desaparecía con tanta rapidez que percibieron la impresión de que estuviera terriblemente impaciente por elevarse hacia su hogar en los cielos.

Aristóteles, había llamado a la materia que compone los cielos “éter”, en referencia al hijo de Nichte (la noche) y de Erebos (la oscuridad) y era la personificación de la materia divina, vital, fina y brillante. Así que en 1730, ésta sustancia que se evaporaba tan fácilmente fue bautizada con el nombre de “*spiritus aethereus*”, en castellano “espíritu etéreo”, que terminó acortado a “éter”.

El grupo de dos carbonos y cinco hidrógenos del éter fue llamado “grupo etílico”, y como este grupo está presente en el alcohol del vino, éste dio en llamarse “alcohol etílico”, alrededor de 1850. El alcohol etílico se obtiene por síntesis del etileno o por fermentación de las melazas o almidón los cuales son extraídos de determinados productos hortofrutícolas con alto contenido en azúcar, siendo la remolacha el más común. Este alcohol es el utilizado en la sanidad y en aquellos elaborados para el consumo humano.

Por otro lado, ya en 1661 Robert Boyle, químico inglés, había descubierto que al calentar madera en ausencia de aire, obtenía ciertos vapores, algunos de los cuales se condensaban formando un líquido claro, detectando la presencia de una sustancia muy parecida al alcohol, pero no exactamente igual. Este nuevo alcohol fue denominado “alcohol de madera”. La forma griega de llamarlo entonces, fue *methy*, vino, y *yli*, madera. O sea vino de madera. De la unión de estas palabras se obtuvo *methyl*. Siendo el químico suizo Jons Jakob Berzelius por el año 1835 el primero en usar este término de “alcohol metílico”. Y en la actualidad sabemos que este alcohol, también se la llama carbinol, alcohol de madera, alcohol de quemar, etc., es el término más sencillo de los alcoholes. Es un líquido incoloro de escasa viscosidad y de olor y sabor penetrante, no se mezcla con el agua y con la mayoría de los disolventes orgánicos, siendo además muy tóxico e inflamable.

La primera referencia de una forma destilada del alcohol se encuentra en los escritos del siglo IV d.C. del alquimista chino Ko Hung. Al hacer referencia de la preparación del cinabrio, comentaba; “*Son como vino que ha sido fermentado una sola vez, no puede compararse con el*

vino puro y claro fermentado nueve veces”. Lo que parece implicar el conocimiento de métodos para la preparación de licores. Estas técnicas de destilación fueron perfeccionándose con los estudios emprendidos, luego de ser descubiertas en el pasado lejano.

El descubrimiento del alcohol destilado en occidente alternativamente se acredita a Ramnón Llull y a Amaldo de Vilanova.

En medio oriente fue el médico árabe Fahzes, en el siglo X, y lo llamó “agua vital”. Así mismo la palabra whisky proviene del gaélico “usige breath” que significa aliento de vida. Llull en busca del verdadero elixir lo llevó a la preparación, por medio de la fermentación en una caldera doble de estiércol de caballo durante veinte días antes del destilado con un tosco condensador refrigerador de agua, creando, mediante esta técnica el primer brandy.

Desde hace milenios en todas partes, el hombre hizo fermentar todo lo que contiene azúcar: frutas, cereales, caña, papa y cactus. Sus productos fueron muy variados; vinos, licores, hidromiel, cerveza, destilados, chicha, ajeno, vermouth, pulque sake. Todas las épocas, todas las razas,

todos los países, todas las frutas, todos los colores. Y un solo denominador común: el alcohol, que como lo citara un poeta, fue siempre excitante, euforizante, tranquilizador y embriagante. El alcohol es el que se busca el olvido de la angustia, para después recobrarla.

El alcohol y su consumo se mencionan en infinidad de pasajes de la Biblia y otros escritos históricos y religiosos, hay vino en la última cena de Jesús. La primera borrachera de la que hay constancia histórica es la de Noé, quien tan pronto bajó del Arca, plantó una viña, elaboró su vino, se embriagó y se echó desnudo en medio de su tienda, (Génesis 9, 20-21). El alcohol se usaba en la mayoría de las celebraciones tanto en oriente como en occidente. Nabucodonosor padeció delirium tremens y se describe en la Biblia, (Daniel 5, 1-2). En la edad media los alquimistas de Europa usaban el alcohol para obtener esencias por destilación. A fray Luis de León le supuso la cárcel por una metáfora que utilizó en cierta ocasión y que decía; “ramo de pámpanos es el amado y racimos de uva los pechos de la amada”. Actualmente la iglesia católica celebra la misa con vino y ha desautorizado el mosto como posible alternativa.

Las bebidas alcohólicas se han utilizado siempre. Es la adicción que reina a lo largo de la historia del hombre. Lo bebían en la antigua Grecia y Roma, (dios Baco, dios del vino), los señores y siervos en la Edad Media, siendo señal de cortesía y bienvenida recibir a un invitado con una copa de vino. Cuando los puritanos llegaron a América en 1620, introdujeron la práctica de beber alcohol. En esos tiempos era difícil encontrar agua potable, por lo que todo el mundo bebía alcohol en las comidas.

Según las leyendas prehispánicas, cuando Quetzalcóatl es derrotado por Tezcatlipoca y Huitzilopochtli, huye de su grupo social y se embrega con pulque junto con su hermana, desapareciendo de la sociedad azteca donde los dioses de la guerra y la destrucción regirán su destino.

En el siglo XVI, Bernal Díaz del Castillo, acompañante de Hernán Cortés en la conquista, describe al país como “lleno de magueyes de los cuales hacen su vino”.

Durante el Virreinato, toda la población indígena se vio alentada para embriagarse no solo con pulque, sino también con las demás bebidas que aprendieron a fabricar.

Desde la independencia hasta nuestros días, el alcohol es indispensable para todos nuestros grupos sociales en todos los niveles económicos.

Existen testimonios de conquistas en los que el alcohol ha sido utilizado como arma estratégica, se les embriaga antes de la lucha, para debilitarlos y ganar la batalla casi sin pelear. Lo mismo hicieron los ingleses con el opio en el siglo XIX, lo que permitió la conquista comercial y política de Asia.

El alcohol ha sido también el gran compañero del artista bohemio. El gran escritor Julio Cesto, en 1923 se dirige a todos los artistas mexicanos con estas palabras; “Es necesario ir dejando ya esa vieja y desacreditada costumbre de embriagarse continuamente so pretexto de incomprensión artística o de que se sufre porque el medio no es propicio a la literatura, a la pintura, a la escritura o a la música. La embriaguez nunca justificará a nadie”.

Existen organizaciones que promueven la abstinencia del consumo de bebidas alcohólicas. La mayoría de las organizaciones anti-alcohol, han solicitado la aprobación de una normativa que prohíba su venta y consumo. La creación

de estas organizaciones a favor de la abstinencia se remonta a principios del siglo XIX en Estado Unidos, cuando surgieron las primeras ligas anti-alcohol en New York (1808), Massachusetts (1813) y Connecticut (1813). En Europa, este tipo de organizaciones se fundaron en las décadas de 1820 y 1830, siendo las más fuertes las de Gran Bretaña y los países escandinavos.

Durante la década de 1920, en los Estados Unidos se declaró ilegal la producción, venta o importación de alcohol, periodo que se denominó Ley Seca y que duró trece años.

El alcohol se ha vuelto el invitado obligado a todo tipo de actividades. Lamentablemente se hace presente en el hogar, el restaurante, cualquier reunión con amigos o no amigos, todo evento o celebración trátase de bautizos, confirmaciones, primeras comuniones, bodas divorcios, graduaciones, sepelios, estrenos, inauguraciones, la nueva chamba, la pérdida de la misma, el deporte, la alegría, la depresión etc. En fin, ha pasado a formar parte de nuestra vida cotidiana. Parecemos olvidar que se trata de una droga, aunque esté permitida, aún cuando conocemos la larga lista de tragedias que provoca. Entre el bombardeo publicitario y

la inercia de la costumbre social, nos dejamos caer en una especie de hipnosis en la que, si bien sabemos el gran daño que causa, cada uno de nosotros le da la bienvenida con los brazos abiertos; y sarcásticamente decimos “¡SALUD!” con un vaso lleno de, sarcásticamente, algo que aniquila nuestra salud.

Sin embargo el alcohol es un gran desinfectante. Como tal es de uso común. También se utiliza con mucha frecuencia en la elaboración de medicamentos, en laboratorios para producir precipitados y demás, en bebidas, jarabes, en perfumes y cosméticos, en distintas aplicaciones dentro de la industria, como combustible, en la fabricación de pinturas, barnices, lacas, disolventes, aerosoles, etc., y en un sinnúmero de productos, para consumo humano y otros para uso industrial.

Hoy en día, el alcohol que se destina a la sanidad con uso solamente desinfectante está desnaturalizado con algunos productos químicos como puede ser el Cloruro de Cetilpiridinio, que hace muy nociva su ingesta, llegando a producir incluso ceguera o la muerte, a quien lo ingiere.

DEFINICION Y PREVALENCIA.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, lo define como una enfermedad crónica, progresiva y mortal, para el cual no existe cura conocida. Este mismo organismo lo afirma como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre, (una copa de licor o combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol). Se caracteriza por una dependencia emocional y en ocasiones orgánica del alcohol.

En términos generales afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados de su ingesta, están aumentando en todo el mundo, y de manera más importante en Europa y América.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de los años. Los

primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. Finalmente, el alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.

El Dr. Reyes Zubiría (1990), expone que, “con mucha frecuencia, como tanatólogo, trataremos a personas, enfermos terminales o sus familiares, alcohólicos. A los cuales debemos atender, ya que son personas que necesitan ayuda de manera urgente porque son personas que sufren mucho, y hacen sufrir. Aunque también, es cierto, el alcohol dificulta toda relación interpersonal y, por lo mismo, la alianza terapéutica que debe existir entre paciente y Tanatólogo”.

El factor determinante para reconocer el alcoholismo activo es la calidad de vida del enfermo, no la cantidad de alcohol consumida; en consecuencia, es más importante saber cómo es el alcohólico que cuantos litros tomó.

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y

riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral. Se vincula mundialmente con el 50% de muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30% de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30% de las admisiones psiquiátricas y el 8% de los ingresos por psicosis. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. En este medio se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25% de las muertes por accidentes.

Como grupo social, los alcohólicos, tienen uno de los porcentajes más altos de separación matrimonial y de divorcio. Sin embargo, en estudios realizados, se ha encontrado que alrededor de la mitad de las personas que ingieren bebidas alcohólicas logran mantener vínculo marital por mucho tiempo, por dependencia.

Desde el punto de vista de su prevalencia, a nivel mundial, la OMS menciona que salvo algunos países de cultura hindú o islámica donde el consumo de alcohol es menor como consecuencia de tradiciones o influencias

religiosas, alrededor del 70% de la población, por encima de los 15 años, ingiere alcohol en determinada cantidad, del 3 al 5% son independientes y, de ellos, el 10% se convertirán en bebedores problema en algún momento de su vida. Actualmente España ocupa el 4to. Lugar mundial en el consumo de alcohol después de Francia, Luxemburgo y Alemania. Cada español consume por término medio 108 litros de alcohol al año, casi el 4% de la población española consume diariamente más de 100 gramos. Se considera que existe un incremento de consumo de alcohol de alrededor del 30% en los países desarrollados durante los últimos 20 años, índice muy superior al esperado por el aumento de la población en esta etapa.

El 17 de marzo del 2004, en Ginebra, la OMS, advierte, nuevamente, a la población sobre los peligros que conlleva su consumo. En esta reunión, se presentaron los resultados de un estudio realizado al cual dieron por nombre Estadísticas mundiales de muerte por alcoholismo y tabaco. Se dijo que aunque el alcohol y el tabaco tienen consumo legalizado, en los últimos años son objeto de una “especial persecución” sobre la base de intensas campañas educativas y disuasorias, lo cierto es que su acción es tan dañina que

ambos matan 30 veces más que las drogas prohibidas, de acuerdo con el informe de la OMS, organismo que volvió a reiterar la necesidad porque se establezcan medidas y leyes más estrictas para buscar que las nuevas generaciones, no tengan la oportunidad ni las facilidades para consumirlos. Insistió en que su consumo mundial, está aumentando rápidamente y de manera especial en el mundo en desarrollo y en el sexo femenino, por lo que se debe adoptar medidas preventivas al daño que estas sustancias causan a la salud pública.

Recientes estadísticas indican que en Europa, especialmente, la vinculación del sexo femenino al consumo de alcohol ha ido en considerable aumento, pasando del 38.5 por ciento de los años 80, al 76.9% en el 2001, cifra que se considera “escandalosa” por los expertos en salud que, además, señalan que cada vez son más jóvenes las féminas que se envician en beber. Mientras, el alcohol se convierte en la sexta causa de fallecimientos mundiales con un total de 1.8 millones por año, siendo los continentes más afectados los de América y Europa.

En referencia a nuestro continente y en una reunión celebrada en nuestro país, la Dra. Maria Elena Medina Mora (1987), directora del INP de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dijo que la OMS, en el último Informe sobre la Salud Pública de las Américas, y sobre el alcoholismo en la zona, reporta que Argentina se encuentra con una tasa de 10.5 porcentual, le sigue Perú con 9.9, Estados Unidos con 9.6, Venezuela con 9.0 y finalmente México con 6.36. Sin embargo el incremento ha venido siendo permanente en todos los países latinoamericanos, como se comenta por la OMS, al igual que Europa. Agrego como dato de interés, que Grupo Modelo de México ocupa el octavo lugar en producción y venta mundial de bebidas embriagantes.

Ya en nuestro país, en el 2002 se publicó un trabajo por la Dra. Juana Inés de la Cruz Morales-García, en relación al consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del IMSS, para el cual entrevistaron a 45 117 pacientes, a nivel nacional en consulta externa y urgencias de la institución, con un criterio de inclusión de los 11 años en adelante. Los resultados fueron: La prevalencia del consumo de alcohol a nivel nacional es de 58.1% (77.0% hombres y 44.6% mujeres), cifra que representa un incremento en

comparación al estudio realizado en 1990, en la cual 73.4% correspondía a los hombres y el 36.5% de las mujeres consumían bebidas alcohólicas.

La prevalencia de consumo de alcohol que constituye un problema para la salud, fue del 12.8%, en el ámbito nacional. Dicho consumo osciló de 7.5% en Chiapas al 28.0% en Baja California Sur. La prevalencia de consumo riesgoso fue de 10.2% mientras que el correspondiente al consumo dañino fue de 2.6%. Aún cuando el patrón es heterogéneo, se observa una tendencia mayor en los estados del norte del país y menor en los del sur y oriente.

La prevalencia de consumo riesgoso y dañino en el grupo de edad más joven (12 a 19 años) es de 4.4% en las mujeres, mientras en el hombre es de 17.9%. El consumo se incrementó con la edad, hasta los 50 años, en los que se observa un descenso. En el grupo de 45 a 49 años de edad, uno de cada 15 individuos tiene un consumo dañino de alcohol. De hecho en este grupo de edad, en uno de cada cuatro individuos el consumo de alcohol constituye un problema para la salud. En las mujeres el patrón de consumo

es más homogéneo en los diferentes grupos de edad y, como se señaló anteriormente, menor que en el hombre.

FACTORES PREDISPONENTES.

El alcoholismo activo, médicamente puede definirse como padecimiento crónico y progresivo, sin cura existente conocida, que implica en uso de bebidas alcohólicas y, a veces, tranquilizantes menores, a tal grado que interfiere la vida funcional del individuo, en la familia, trabajo, en su salud, legales y emocionales. Por lo tanto el alcohólico es un enfermo. Sin embargo el padecimiento es controlable y puede detenerse.

Diferentes estudios han venido demostrando que existe una predisposición genética hacia el alcoholismo, situación que se traduce en una susceptibilidad extrema al alcohol, favoreciendo una tremenda necesidad para ingerirlo y solo de esa manera poder hacerle frente a su sufrimiento.

Schuckit y Rayses (1979), reportan haber encontrado diferencias metabólicas del alcohol, entre parientes de alcohólicos y sujetos testigos. En los parientes de alcohólicos encontraron niveles elevados de acetaldehído, posterior a la administración moderada de alcohol etílico, entendiéndose como que la presencia de acetaldehído, podría estimular el

estado de intoxicación, lo que los hace más vulnerables al daño orgánico, por este metabolismo.

Freud (1948), dice que el alcoholismo es la consecuencia de intensas influencias orales en la infancia; encontrando en el alcohol un forma de huir de la realidad, obteniendo una gratificación sin relación con la realidad.

Menninger (1972), cree que el fundamental componente del trastorno relacionado con el alcohol es un impulso autodestructivo, por lo que considera al alcoholismo como una forma de suicidio indirecto y crónico.

El alcohólico tiene rasgos de personalidad muy específicos, adquiridos en las etapas de la vida afectiva del menor, así por ejemplo la sobreprotección y la falta de afecto pueden incidir en su personalidad de manera desastrosa en su vida adulta. Al cruzarse la bebida en su camino, como una necesidad sedante lo toma para sentirse bien, sobre todo cuando percibe que al ingerirlo logra combatir su timidez, proporcionándole una alegría y tranquilidad ficticia así como una seguridad que le da confianza. Lo mismo sucede cuando su sentimiento es de soledad, depresión o de incomprensión, en el alcohol, encuentra compensación a sus frustraciones.

El alcohólico se percibe impotente para hacerle frente a las adversidades que la vida le presenta, tanto en lo familiar, conyugal o laboral, con lo que resulta fácil encontrar el fracaso en todas sus actividades diarias, sintiéndose preso de pánico al no poder manejar con facilidad las obligaciones que, según él, lo aplastan, por carecer de una ego fuerte capaz de resistencia y dominio ante las exigencias de la vida.

Su debilidad e inferioridad interior los empuja a buscar la compensación mediante impulsos inconsciente y bebe el alcohol en busca de gratificaciones que le permitan proyectar su agresividad reprimida o desaparecer inhibiciones y ansiedades.

Kolb, y Knight (1978), coinciden en que el alcohólico por lo general proviene de una familia integrada por madre sobreprotectora, demasiado condescendiente, y un padre agresivo, frío, poco afectuoso e inconsciente hacia los hijos, son el prototipo que favorece la estructuración del alcohólico, lo que se traduce en una dependencia con ira reprimida, un sentimiento de no ser aceptado por los padres y un deseo intenso de afecto. Este problema se agudiza si el niño sufrió la ausencia, por muerte, de algunos de sus padres

o de ambos, entrando a un hospicio, internado u hogar sustituto, o por separación o divorcio.

Adler (1920), habla como causa de este trastorno a los poderosos sentimientos de inferioridad, aunados a un continuo estado de inseguridad y a una necesidad de huir de la realidad. Inculca a los excesivos mimos e indulgencia que debilitaron al menor haciéndolo incapaz de enfrentarse a las frustraciones posteriores; el abuso del alcohol le ayudará, luego, para oponerse a la sociedad exigente.

Schilder (1936), se inclina por la inseguridad que crean, desde niño, los castigos corporales y la degradación. El alcohol les brinda la sensación de seguridad y aceptación social, sentimientos que desaparecen cuando termina el efecto de la bebida.

Dollard y Miller (1939), hablan del aprendizaje. Argumentan que la ingesta de alcohol produce una disminución temporal del temor y del conflicto, lo que es bueno, pero a ella sigue una etapa de catástrofe, al dejar de beber, lo que es malo; la conciencia de esto produce la adicción.

El resentimiento hacia los padres les genera un sentimiento de culpa y de inferioridad por su pasividad y dependencia, frente a la situación. A este sentimiento de inferioridad, se agrega, en la adolescencia, una intensa envidia hacia la potencia masculina, que incrementa su contacto con las bebidas embriagantes, con lo que se siente potente, con mejor autoestima incrementando el autoengaño infantil de omnipotencia.

El alcohólico, sufre, por los conflictos de su historia familiar, lo que le impide, en la vida adulta, establecer relaciones afectivas y significativas con sus hijos y con los que lo rodean, por eso se aísla y le resulta imposible integrarse con otros, así sean su pareja, sus hijos, o amigos.

Clínicamente se pueden encontrar ciertos rasgos de personalidad, común a todos los alcohólicos;

1.-Inmadurez emocional.- Por carencia de serotonina responsables del manejo de las emociones y los sentimientos, que lo incapacitan para gobernar sus frecuentes cambios emocionales.

2.- Tendencia a crear dependencias emocionales.-

Siempre buscará a alguien o algo, que cubra su imperiosa necesidad de ser protegido o cuidado, y que tome decisiones que a él le resulta imposible tomar. Esta transferencia de responsabilidad, le permite siempre justificarse y culpar a los demás, de lo que le acontece.

3.-Egocentrismo.- El alcohólico es un ser dispuesto y necesitado de ser el centro de atención, a costa de lo que sea, de todos los que le rodean, bueno o malo, saludable o enfermizo adecuado inadecuado, que lo mejore o que lo lleve a la muerte.

4.-Incapacidad de amar.- Aquí la carencia de sentimientos son los responsables de esta esterilidad afectiva. Como dice Horney, del dilema entre la capacidad neurótica de querer y la angustiosa necesidad de ser querido, y obliga al enfermo emocional a creer en el amor como un paliativo de su angustia, sobrevalorando su importancia en la vida de relación, y dándole un especial y equivocado lugar en la búsqueda del sentido de su vida.

5.-Homosexualidad latente.-Varias investigaciones sugieren que el alcohólico tiene problemas con su sexualidad,

incluso muestra menor grado de masculinidad de lo normal, esta manifestación lógicamente la compensan con la promiscuidad y la hipersexualidad mostrada, sin el menor componente emocional. También es frecuente la bisexualidad, manifestaciones todas, más comunes en el hombre que en la mujer.

6.-Labilidad o endebles emocional.-Otra característica del alcohólico es la fragilidad o la nula capacidad para auto controlar sus emociones e integrarlas adecuadamente a sus patrones de vida habituales. Hangell y Tunuig (1986), dicen que estos enfermos por su ego débil, se sienten “bombardeados por sensaciones internas y externas, y está propenso, consecuentemente a sentir una inconformidad subjetiva”, que lo hace vulnerable ante el medio y lo motiva a reaccionar con violencia compensatoria desproporcionada ante estímulos menores, lo que comúnmente las madres interpretan como “carácter fuerte” del hijo.

7.-Impulsividad.-Esta falta de control que tiene el alcohólico le genera actitudes y conductas cambiantes y a veces impredecibles, con falta de perseverancia para el manejo de sus logros emocionales, conductuales, académicos,

intelectuales y laborales. Esta impulsividad la compensan con actitudes de tolerancia o disciplina que los puede llevar a ser obsesivamente buenos trabajadores en las actividades que desempeñen.

8.-Angustia patológica o existencial.-El miedo en el alcohólico se encuentra muy elevado constituyendo una verdadera sombra en toda su vida, situación que compensa con agresividad y hostilidad, según lo demuestra Ritson en su investigación. De ahí la conclusión manifiesta de que, el alcohólico lleno de miedo y alcoholizado, puede ser el ser más hostil y agresivo de los individuos, por miedo a todo y a nada.

9.-Soledad existencial.- El alcohólico se siente solo siempre. Tiene una necesidad constante de estar en compañía de las personas que él dice querer, ya sean familiares o amigos, pero basado en una exigencia neurótica de afecto y de posesión, para conformar solo una farsa de la relación que él pretende. Esta soledad la compensa presumiendo en múltiples ocasiones que tiene muchos amigos y amantes.

10.-Mitomanía y mundo fantástico.- La mentira, para ellos, es un recurso indispensable para demostrar y

demostrarse, seguridad, sin pensar que con estas mentiras demuestran el optimismo ingenuo con que perciben la realidad. “Capacidad y valor” que falsea su realidad. Como cualquier mitomanía, llegan a creer ellos mismos sus propias mentiras. Emplean una “sinceridad” que va de la mano del cinismo, dañando a sus seres queridos con su supuesta “honestidad”.

11.-Tendencia a la manipulación.-El engaño a los demás siempre está fundado en el engaño a uno mismo. El alcohólico vive engañando pero auto engañándose. Al principio, solo busca satisfacer sus necesidades de afecto, ya de adulto, agrega sus necesidades de sexo, poder y dinero a costa de quien sea y de lo que sea, pese al sentimiento de culpa que su actuar le genera. Resulta finalmente, el peor de los manipulados, lo que hace de él un ser frágil, susceptible y terriblemente vulnerable. Todo habla de inmadurez emocional.

12.-Incapacidad para integrarse a grupos humanos.-Emocionalmente el alcohólico vive aislado, de sus padres, compañeros, su familia, de la esposa, los hijos y patrones o subordinados. Se siente incomprendido, menospreciado o

subvaluado, situación que lo lleva a vivir culpando a los demás, sin reparar en su forma de ser y de actuar. De esta manera no se integra a nadie ni a nada, solo al encontrar otro alcohólico que lo asemeja.

13.-Incapacidad para asimilar las experiencias.-El alcohólico, al parecer tiene carencias de beta-lipotropinas que lo llevan a no asimilar las experiencias dolorosas ni los errores, tampoco asimila las experiencias positivas de carácter emocional, conductas que lo llevan a repetir constantemente los mismos errores que lo conducen al sufrimiento. Es por eso que después de una cruda, vuelve a tomar, sin importarle que antes se sintiera al borde de la locura o de la muerte.

14.-Incapacidad para tolerar la frustración.-Jellinek, cita a Wexberg (1950) como uno de los primeros autores en describir características de la personalidad del alcohólico que confirma su desviación mental y la fragilidad emocional que poseen, es la poca o nula tolerancia a la frustración y su respuesta impulsiva y violenta ante la misma (Cowan, 1974).

“H. Sánchez, 1974, opina que los alcohólicos necesitan gratificaciones a corto plazo, siendo incapaces de aceptar recompensas diferidas”.

“El alcohólico, (Lammoglia 1984), se frustra y de inmediato presenta una respuesta emocional de resentimiento en contra de la vida, en seguida la concentra en alguien (la esposa, el jefe, la autoridad, etc.) o en algo, (la situación matrimonial, el trabajo, lo económico, etc.); este resentimiento crece en segundos hasta culminar y después inicia un rebote emocional, progresivo, creciente y aplastante, de sentimientos de culpa que le golpean como un boomerang”.

A mayor frustración, mayor resentimiento y mayor culpa, que lo llevan dramáticamente a la auto conmiseración que no es otra cosa que auto resentimiento, que le ocasiona mayor infelicidad y más autodestrucción

15.-Incapacidad para tolerar el sufrimiento.- “Al haber baja producción de endorfinas, le hace imposible controlar sus respuestas ante estímulos afectivos (Hangell y Tunuig, 1986) y responder con una gran ansiedad ante los conflictos (Jellinek, 1960) o bien, ante todo tipo de disturbios

o de pensamientos negativos que le genera su mente y que le causan tensión (H. Sánchez, 1974; R. Torres, 1981)”

16.- Vivir sufriendo y sufrir viviendo.- A. A. y autores como Kolb (1981) y Kessel (1978), hablan de que este fenómeno está presente años antes de iniciar la carrera alcohólica.

“No hay alegría de vivir y no está nunca contento consigo mismo” (Virgilio A., 1977). El enfermo alcohólico, siempre se siente mal, o dicho de otra manera, nunca se siente bien con su manera de ser.

17.-Tendencia a la evasión.- El enfermo hace lo que sea con tal de no sentirse como se siente y de no ser lo que es. Este desasosiego, esta inaceptación y su necesaria compensación, el autoengaño, lo van llevando lenta pero implacablemente hasta el único paliativo final, el alcohol; razón y motivo para beber.

18.-El Beber.- Es un rasgo más, como único camino y meta que tendrá el alcohólico, mientras que el alcohol y sus efectos le ayuden a fugarse de su inaceptable realidad interior. Cuando le haya causado trastornos físicos y/o

psiquiátricos como complicaciones severas de su enfermedad o cuando haya tocado fondo y con ello haya llegado al límite humano de su resistencia al sufrimiento, buscará dejar de beber, realmente y para siempre, reconocerá que está enfermo y solo así podrá lograr un paso importante para buscar su recuperación.

FACTOR GENETICO.

El alcoholismo como enfermedad, nos confirma que los alcohólicos, son resultado de una personalidad débil o egoísta, el alcoholismo sí es de familia y tiene una predisposición genética, no por la mente o el medio ambiente sino por la química del cuerpo, por lo que se manifiesta sin distinción entre ricos y pobres, cualquier raza, religión o grupo étnico.

Donald W. Goodwin (1973) encontró que los hijos de los padres alcohólicos tenían propensión tres veces mayor a volverse alcohólicos que los de padres no alcohólico. Este estudio se realizó con adultos que habían sido adoptados por familias de no alcohólicos.

La American Medical Association de los Estados Unidos, desde 1956, ha reconocido al alcoholismo como una enfermedad, con síntomas identificables y progresivos.

Kathleen Whalen Fitzgerald (1988), en su libro *Alcoholismo: la herencia genética*, apoya fuertemente el argumento de que el alcoholismo no solo es una enfermedad, sino que pasa de generación en generación a través de la herencia.

En 1960, el Dr. E. M. Jellinek describió la etiología de la enfermedad de acuerdo con lo que en ese momento se sabía. Sin embargo hasta esta fecha, aun no se ha señalado un gen en particular, u otro mecanismo biológico específico que realmente cause alcoholismo, pero si existe mucha información sobre la bioquímica de esta adicción. Por lo anterior se sabe que el cuerpo del alcohólico responde anormalmente al alcohol. Primero reacciona ajustándose al impacto de su ingesta, luego se acomoda a él y finalmente se vuelve adicto, a tal grado que no puede existir sin él. Lo que distingue a la enfermedad, es una dependencia física, no psicológica, los cuales son secundarios, pero no los causantes de la enfermedad.

METABOLISMO DIFERENTE.

Jellinek (1960), descubrió, que el principal factor es de origen metabólico, ya que los alcohólicos no metabolizan igual al acetaldehído, al diferir en tres aspectos:

1.-Altos niveles en la sangre de una sustancia llamada acetaldehído, que es una sustancia causante de náusea, adormecimiento, taquicardia, confusión mental y cruda asociada con el beber. Esta sustancia es un subproducto normal de metabolismo del alcohol. Sin embargo los alcohólicos producen niveles más altos, alteración que se ha corroborado, que es de familia.

Recientemente el Dr. Mark Schuckit (1974), realizó el siguiente estudio; A dos grupos se les dieron tres bebidas alcohólicas: el grupo A consistía en 20 hombres jóvenes no alcohólicos con un padre alcohólico o hermano, u otro pariente en primer grado; el grupo B también comprendía 20 hombres jóvenes no alcohólicos sin familiares alcohólicos.

El grupo A desarrolló niveles de acetaldehído significativamente más altos que los del grupo B. Los del grupo A también manifestaron sentirse menos intoxicados y

mostraron menos signos de borrachera que los del grupo B, aunque ambos grupos bebieron lo mismo. Con lo anterior se ilustra la correlación entre la alta producción de acetaldehído, la herencia y el potencial para el alcoholismo.

2.-La presencia en el cerebro de una sustancia altamente adictiva llamada TIQ (tetrahydroisoquinolina), que se encuentra en niveles altos en el cerebro de los alcohólicos. Esta sustancia se encuentra mezclada con dos neurotransmisores, permitiendo que actúe como un opiáceo, con un efecto más adictivo que la morfina y que pueda ser la sustancia responsable de esta adicción al alcohol.

3.-Engrosamiento de las membranas celulares del cerebro. Este engrosamiento anormal se da en los alcohólicos, necesitando de su abastecimiento constante para funcionar “normalmente”. En ausencia de alcohol, las membranas funcionan mal experimentando el cuerpo, una incomodidad intensa o retraimiento. Psicológicamente estos cambios generan una reducción de la tensión, ansiedad e inhibiciones, las principales razones por las que las personas beben. Estos cambios también afectan la adecuada transmisión de señales entre las células.

Tanatológicamente, lo que nos interesa sobre todo, es poder comprender al enfermo que tenemos enfrente, para poder ayudarlo profesionalmente y de verdad, como él lo espera. Por lo que no debemos olvidar, profesionalmente, la importancia que tiene una buena estructuración emocional.

FASES DE LA ENFERMEDAD.

TABLA DEL DR. E. M. JELLINEK.

Como miembro de la OMS, es toda una autoridad en esta área, y sus investigaciones sobre el tema, lo han llevado a describir el alcoholismo en cuatro fases, mismas que subdivide en subfases.

1.-FASE PREALCOHÓLICA.

2.-FASE PRODRÓMICA.

3.-FASE CRÍTICA.

4.-FASE CRÓNICA.

Fase prealcohólica.

Es mediante el consumo ocasional como el enfermo se contacta con el alcohol, lo percibe como un camino cómodo para convivir tranquilamente, sin causar molestias. Sin embargo, si esta forma de beber, se hace constante, su metabolismo se va modificando, con lo que aumenta la tolerancia a mayores cantidades ingeridas.

Fase prodrómica.

1.-Lagunas mentales, no se acuerda de lo que ocurrió durante la borrachera. La mayoría de las veces en este estado, puede cometer actos antisociales o ilícitos, cuya fisiopatología se explica porque al estar alcoholizado, disminuye de manera importante el oxígeno circulante en la sangre afectando el lóbulo frontal, durante segundos, horas o días según el caso.

2.-Beber a escondidas.- Intenta, según él, ocultar a los demás que toma más de lo normal, situación que habla del irresistible deseo y necesidad que tiene de ingerir la bebida.

3.-Preocupación por la bebida.- Es un silencioso y discreto interés que le genera el alcohol, situación que habla del rumbo que está tomando hacia el alcoholismo, con un interés más notorio y permanente.

4.-Beber con avidez.- Su necesidad va en incremento, igual que su imperativo de consumir con rapidez la copa servida, misma que prefiere sea en cantidad suficiente, para sentirse estimulado, lo que no afecta su deseo de seguir tomando durante más tiempo.

5.-Sentimiento de culpa por su manera de beber.- Perfectamente se da cuenta de que bebe más del normal y empieza a padecer las primeras consecuencias, en su hogar, y el resultado de las faltas cometidas, situación que repercute en su psiquismo haciéndolo sentir culpable, con pena y molestias emocionales, que lo llevan a mitigarlos con mas alcohol.

6.-Evita el tema de la bebida.-Se molesta y tiende a evadirse cuando le llaman alcohólico, argumentando que él no tiene problemas en su forma de beber. Cuando el tema de los alcohólicos se aborda, piensa que indirectamente se refieren a él, lo que le causa molestia y prefiere no oír estas conversaciones.

7.-Incremento de las lagunas mentales.- Este incremento, está en proporción con el progreso de la enfermedad. Difícilmente aceptará que ha tenido una laguna mental, negando toda posibilidad de haber realizado algún acto reprobable. Sin embargo, está consciente de todas las acciones cometidas, lo que trata, al negarlo, es de evadir la responsabilidad que sus actos le generan. A pesar de que esta

forma de beber es fuerte, aun no es alarmante, sin embargo disimula su adicción y la encubre hasta donde le es posible.

Fase Crítica.

8.-Pérdida de control.-Con suma facilidad, al tomar una pequeña cantidad de alcohol, se despierta en el enfermo una necesidad apremiante de seguir bebiendo hasta terminar en completo estado de ebriedad. Ante esta situación, es de suma importancia la fuerza de voluntad ya que con una sola copa, por algún estado emocional, abriga la esperanza de no pasar de ahí, pero por desgracia percibe que esta acción es el preludeo de nuevo estado de embriaguez, con lo que su supuesta fuerza de voluntad, se esfuma. El enfermo no se percata que la fuerza de voluntad no la ha perdido para otras cosas de la vida cotidiana, pero si, para dominar su necesidad imperiosa y compulsiva de tomar, situación que le seguirá mortificando en lo sucesivo.

9.-Razona su comportamiento de bebedor.- Convierte los pretextos en razones para beber, al grado de inventar mentiras que justifiquen su conducta de bebedor ante los demás, sin embargo es una mentira que él conoce como tal,

sin embargo desconcierta a los demás, lo que se traduce en seguridad para seguir engañando a los demás y a él mismo.

10.-Presiones sociales.- Su conducta ya es objeto de recriminaciones en el hogar, los amigos y en el trabajo. Ante este acosamiento, acentúa su racionalización poniendo toda clase de excusas, con la finalidad de mantener a flote su personalidad,

11.-Comportamiento de grandeza y fanfarronería.- Se percata que pierde credibilidad ante los que lo rodean, los cuales se van alejando apreciándolo menos. Esta situación, lo lleva a adoptar un mecanismo compensatorio haciéndolo fanfarrón respecto a sus posibilidades socioeconómicas y laborales. Se presume como el mejor.

12.-Conducta marcadamente agresiva.- Paulatinamente se va aislando del medio social, culpando a todos, con lo que se torna agresivo, como mecanismo de defensa, sin embargo oculta un proceso depresivo o agresivo, dependiendo de su temperamento.

13.-Remordimiento persistente.- Se da cuenta de que su conducta ha cambiado bastante comparándola con el pasado,

haciendo probablemente su último examen de conciencia, porque más tarde esa conciencia, aunque la tenga, no le servirá de nada.

14.-Periodo de abstinencia total.- Quiere demostrar que tiene fuerza de voluntad dejando de beber durante cortos o largos periodos, pero tarde o temprano vuelve a caer en manos de su amo: El alcohol. Cuando logra conservar su abstinencia, su vida emocional se transforma en un infierno, ya que no hay escape posible para sus tensiones, que pueden transformarse en somatizaciones, que lo llevan a buscar múltiples consultas sin lograr solución, a su supuesto padecimiento.

15.-Modifica sus hábitos de beber.- De la misma forma que inventa muchas formas para beber, proporcionalmente establece en su interior una lucha, silenciosa en contra de su forma desordenada y excesiva de tomar, pero cuando ya es presa de la enfermedad, cualquier esfuerzo que adopte, resulta inútil o solo lo sostiene por un tiempo, dando la impresión de que por fin ha logrado el control, sin embargo retoma su adicción, que todavía no acepta porque está fuertemente sostenida por los mecanismos de negación,

racionalización, desplazamiento, proyección, etc. Mecanismos de defensa inconscientes y, por lo tanto, contra ellos nada puede hacerse.

16.-Abandono de amistades.- Su esfuerzo por dominar el hábito de tomar aumenta su agresividad, y esta actitud hace que sus amigos rehúyan su presencia. Como signo de su enfermedad, también se aleja de los amigos que no beben o beben poco, y sobre todo si de alguna manera le reprochan su forma exagerada de tomar.

17.-Deja empleos.-El alcohólico se percata que su manera de beber afecta sus actividades; lo obligan a renunciar o en situaciones extremas lo despiden sin consideración alguna. Estas experiencias van creando mayor sentimiento de minusvalía, que por lógica lo lleva más a la bebida.

18.-Subordinación completa al alcohol.- Es el momento de que la vida es imposible sin el alcohol, se establece una completa dependencia psicosomática, que lo llevan a ver que su trabajo, familia , estudios, deporte, diversiones, etc., constituyen un estorbo a su placer de beber, mismo que lo convierte en esclavo del alcohol.

19.-Apatía hacia otros intereses.- Pierde interés por lo que anteriormente le causaba distracción, ya que el alcohol le ocupa todo su tiempo. Se dice que el alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva e insidiosa, por las siguientes razones: Es incurable, porque hasta la fecha no se ha conocido ningún alcohólico que puede beber normalmente, consideramos alcohólico a quien haya alcanzado por lo menos la sub-fase 8, pérdida de control. Es progresiva, porque hasta la fecha no se sabe de ningún alcohólico que habiendo alcanzado cierta sub-fase, se estacione en ella y por propia voluntad diga, “de aquí no paso”. Es insidiosa, porque teniendo el enfermo una afinidad orgánica y psíquica por el alcohol, en el momento más inoportuno puede volver a beber, aún cuando se haya hecho el propósito firme de no hacerlo, lo que quiere decir que el 99% de los alcohólicos necesitan ayuda externa, para poder lograr sus buenos propósitos.

20.-Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales.- Antes de tener problemas con su forma de beber, conservaba relaciones amistosas y cordiales con las personas, pero a partir de este punto, discrimina y establece un divorcio con las personas que no beben, ya que los percibe

como elemento de choque a su tendencia alcohólica, al percatarse de ser criticado, lo que se traduce en hosquedad y actitud huraña en su medio. Más tarde establecerá un divorcio definitivo con los que lo rodean.

21.-Marcada conmiseración de sí mismo.- Posterior a todas las humillaciones que recibe de su entorno social y familiar, su estado de salud se hace precario, situaciones que sumadas, se traduce en auto conmiseración y en un constante lamento que lo lleva a desembocar, por enésima ocasión en el alcohol. Al tomar, con frecuencia rompen en llanto, porque el alcohol los libera de sus inhibiciones, que en abstinencia no produciría.

22.-Fuga geográfica.- Al sentirse acosado socialmente, proyecta cambiar de lugar o ambiente, sin embargo lo insidioso de su enfermedad, lo hará recaer, recuperando el desprestigio que según él, había dejado enterrado en su anterior lugar de residencia. La gran mayoría de los alcohólicos, solo hacen castillos en el aire, con la idea de la fuga ya que su cobardía y derrotismo los lleva a que sus sueños sean solo proyectos.

23.-Cambio en las costumbres familiares.-La familia del alcohólico, sufre con su enfermo, desarrollando los mismos defectos de carácter, de resentimiento y conmiseración. Los hijos del enfermo, también sufren cambios en su conducta que puede incluso llevarlos a la enuresis, mala conducta en el hogar y en la escuela, con repercusión en su rendimiento. Anteriormente se llevaban bien en la familia, ahora están constantemente en pleito, de mal humor, los hijos en lugar de respeto al padre, le tienen miedo o desprecio.

24.-Resentimientos irrazonables.- Su conmiseración avanzó hasta convertirse en resentimiento, que significa volver a vivir las injurias recibidas, y en general afloran sus emociones reprimidas manifestando un deterioro moral marcado, muchas veces irreparable. A estas alturas existen en el enfermo, fuertes complejos derrotistas arraigados que lo hacen apartarse como un real desecho físico, mental y espiritual. Su alma se llena de odio y rencor, envidia y perfidia, no puede y no quiere perdonar porque ha iniciado su autodestrucción moral e inconscientemente desea lograrla.

25.-Protección de su abastecimiento de alcohol.- Se preocupa de que no le falte su “dosis”, para lo cual guarda provisiones de licor, en los lugares menos esperados. De tal manera que cuando le apremie la compulsión, no sufre las consecuencias de la cruda.

26.-Descuido de su alimentación.-La irritación gástrica que le produce el alcohol, le conlleva junto con el licor a olvidar sus tiempos reglamentarios de alimentación, o a establecer un desorden de los mismos, que se traduce en carencias nutricionales que se traducen en debilidad general en su organismo.

27.-Primera hospitalización.- Esta reclusión puede darse en medio hospitalario, por su estado de afectación orgánica o en su propio domicilio, según el problema que manifieste, ya que solo puede tratarse de una intoxicación hasta la más grave de las complicaciones físicas o mentales. Según su estado de salud, se van haciendo más necesarias las consultas u hospitalizaciones.

28.-Disminución del impulso sexual.- El alcohol, fisiopatológicamente, propicia importante disminución de los andrógenos, específicos del hombre, en cambio favorece el

incremento de los estrógenos, específicos de la mujer, situación que favorece disminución o pérdida del apetito sexual, pudiendo llegar hasta la disfunción eréctil. Este problema se incrementa con el estado de desnutrición y el grado de afectación en general, del enfermo.

29.-Celos de los alcohólicos.-Los conflictos con su pareja, aunados a la disfunción eréctil del enfermo, le desencadenan celos infundados que, con el tiempo, pueden originar serios conflictos pasionales, que se incrementan cuando el paciente ya arrastra crisis alucinatorias psicopáticas, que le acentúa el deseo de beber, empeorando la disfunción familiar.

30.-Beber en ayunas.- El progresivo deterioro emocional y físico, lo imposibilitan a iniciar el día sin el auxilio de la primera copa al levantarse. Esta sub-fase, señala el final de la fase crítica y el inicio de la fase crónica, sin embargo el enfermo aún, trata de no desatender sus obligaciones laborales, pese a estar tomando sus tragos alternados durante el día, sin embargo este tiempo puede ser corto o prolongado, basado en la constitución física, cultura y formación ética que mantenga. Su resistencia, por lo general,

sucumbe ante la compulsión física y la obsesión mental por la bebida y la enfermedad sigue su marcha.

Fase crónica.

31.-Periodo de embriaguez prolongada.-Su capacidad física se sigue debilitando, ya que sigue bebiendo sin interrupción, le ocasiona despido de su empleo o es sostenido por excesiva tolerancia de sus jefes, sin embargo el deterioro continua y repercute en la economía familiar por lo que resulta difícil que lo toleren, al grado de negar toda relación consanguínea por resultarles bochornoso el parentesco. Este divorcio completo con la familia lo motiva a buscar más el alcohol, con lo que espera mitigar su miseria física, mental, social y espiritual.

32.-Marcado deterioro moral.-Las experiencias anteriores, lo llevan a un derrumbe moral, a tal grado que deambula por el mundo exhibiendo su propia miseria, se niega a sí mismo, ni él cree lo que es ahora; un real bagazo humano. Vive de lo que fue, de lo que pudo ser y termina su charla, en lo que será, bajo los efectos del alcohol. No le importan los medios para conseguir alcohol, lo que le interesa es embriagarse, vivir de la fantasía olvidándose del presente.

Todo lo cree perdido, el odio, la envidia, la ira y el resentimiento ensombrecen su espíritu, hundiéndolo más en su endeble moral.

33.-Disminución de las capacidades mentales.-Las neuronas son las únicas células del organismo que no se reproducen, y por la intoxicación alcohólica mueren por millares y así es como el cerebro del alcohólico se va deteriorando. Disminuye su concentración, atención, memoria, juicio y raciocinio, apoderándose de él una constante y progresiva fatiga mental que evolucionará hacia la completa decadencia.

34.-Psicosis alcohólica.- Implica desorden mental en grado patológico; representa un divorcio completo con la realidad, el pensamiento y la acción pierden su hilo normal y se desarrollan hacia algún cuadro clínico establecido de acuerdo con el tipo de psicosis. Son secundarias al uso excesivo del alcohol, sin embargo la verdadera causa no se encuentra en el licor, sino en la personalidad de quien lo ingiere. El alcohólico es presa de ansiedad que se transforma en angustia y ambas tienen su origen en conflictos internos y frustraciones con el medio ambiente. El alcohol calma la

angustia, disminuye la fatiga dando una sensación de seguridad y autosuficiencia, se olvida el pasado y se percibe soñadoramente el futuro, mientras el presente se rompe y vuelve la triste realidad, con agravantes agregadas y para borrar esto, sigue la cadena de engaños así mismo, durante el alcoholismo crónico.

35.-Bebe con personas socialmente inferiores.- Busca la compañía de personas que han caído totalmente en el fango moral, haciéndolo sentirse superior, sin percatarse que está sub-fase complica su alcoholismo al contraer peores hábitos que lo llevan a degradaciones y perversiones extremas.

36.-Consumo de productos industriales.-Cuando el alcohólico llega a estos extremos, ya lo ha perdido todo, transformándose en una escoria social, que los lleva a aislarse ellos mismos, en los barrios bajos, pierden nombre y apellido y por lo general solo se les conoce por algún apodo, son despreciados por la sociedad y por sus mismas familias. Caen en un desaliño cruel y en auto abandono total que representa la autodestrucción, llevada al extremo infrahumano.

37.-Disminución de la tolerancia al alcohol.-El organismo se va minando, y ahora el enfermo se embriaga

llegando a la impotencia física y mental con poco alcohol que consume. El organismo sigue minándose hasta terminar en un desecho físico.

38.-Temores indefinibles.- Psíquicamente su vida está enferma y destruida, aparecen fobias por motivos alucinatorios, con delirios de persecución social, sufre sobresaltos, y dudas, su presente, pasado y futuro los vive simultáneamente con miedo, maldice su existencia y proyecta odio constante hacia la sociedad. El miedo nace de su angustia, culpabilidad y remordimiento. Cada día que llega piensa que es el último.

39.-Temblores persistentes.- En su camino hacia la muerte, el sistema nervioso del enfermo depende del veneno que bebe, así es que cuando le falta, lo pide a gritos, por medio de los temblores persistentes, por desmielinización. Todo este infierno personal no se calma sin auxilio del alcohol.

40.-Inhibición psicomotora.-En esta sub-fase, la teoría de Gavrilyov, habla de deterioro funcional que el paciente va presentando, con la creación de centros de irradiación inhibitoria en la corteza cerebral progresivamente que se

manifiestan por movimientos incordiados, lo que traduce que desde el punto de vista neurológico y muscular, su voluntad no es obedecida, lo que le impide poder trabajar, ya que su sistema nervioso no se lo permite.

41.-El beber adquiere carácter obsesivo.- El alcohol se ha apoderado de la mente del enfermo y su ingestión tiene que ser constante e ininterrumpida, como una gota permanente, exponiéndose a grandes humillaciones por conseguirlo, aunque implique tener que robar, con tal de obtenerlo. La angustia es tan terrible que no le permite pasar un momento consciente.

42.-Vagas aspiraciones religiosas.- Desarrolla un vago sentimiento religioso, buscando encontrar un oasis espiritual a su alma enferma, siendo lo más seguro que no lo encuentren, porque para el enfermo alcohólico, no dan resultado ni sus principios verdaderos.

43.-Todo el sistema de racionalizaciones fracasa.- Sus razonamientos lo llevan a pruebas tan duras frente a la realidad que el mismo enfermo comprende su triste estado, encontrándose en un callejón sin salida, hasta entonces podría aceptar que es un enfermo sin embargo la mayoría sigue sin

aceptarlo. Su fin está cercano y conscientemente reconoce la verdad: su ruina material, de los pocos despojos orgánicos que constituyen su cuerpo. Si se le preguntara ¿Por qué bebe?, Contestaría, no sé porque bebo.

44.-Hospitalización definitiva.- En esta etapa de la enfermedad, generalmente requieren ser hospitalizados por el grado de afectación orgánica que padecen. Según las estadísticas médicas, el 95% de los alcohólicos fallecen por cirrosis hepática y según un reporte de la SSA a través de su titular el Dr. José Ángel Córdoba, declaró el 19 de enero del 2009, que “en el 2007, fallecieron por alcoholismo, en el país, 20,922 personas, cifra que representa el tercer lugar nacional de causa de mortalidad”. Generalmente mueren abandonados de la sociedad y totalmente desprestigiados.

45.-Pérdida de la vida.-Finalmente, ya lo dijimos, al alcohólico le espera la muerte: En un hospital de enfermedades comunes, en un hospital psiquiátrico, por accidente debido a los peligros a que se expone o en la cárcel por algún delito cometido, bajo los efectos de la embriaguez.

TIPOS DE ALCOHOLISMO.

En 1979, Barnes afirmó que, los alcohólicos como grupo, generalmente muestran síntomas comunes que los diferencian tanto de las personas normales como de los pacientes psiquiátricos.

En 1960, Jellinek intentó ilustrar la complejidad de los problemas del alcohol, dando una clasificación de las personas alcohólicas en los siguientes términos:

A.- *Alcoholismo Alfa o alcoholismo neurótico con problemas subyacentes previos.* En esta categoría, la persona tiene una continua confianza, puramente psicológica, en el efecto para aliviar el dolor emocional o corporal. Para estas personas el alcohol representa un tranquilizante efectivo. No hay síndrome de abstinencia si se suspende la ingestión del licor ni hay señales del progreso del alcoholismo. Dentro de este grupo, no existe falta de control sobre la bebida ni inhabilidad para abstenerse de beber.

B.-*Alcoholismo Beta o no complicado.*- Las personas que se encuentran dentro de este grupo exhiben una alcoholización habitual continua, aunque rara vez lleguen a la

embriaguez total. No es común el síndrome de abstinencia, si se suspende la ingestión de alcohol y no existe dependencia física del mismo.

C.- Alcoholismo Gama o alcoholomanía con pérdida de control.- En este grupo se observa una mayor tolerancia al alcohol; hay una progresión definitiva de la dependencia física y de la psicológica asociadas a alteraciones conductuales marcadas. Los cambios destructivos intra e interpersonales son graves.

D.- Alcoholismo Delta o con incapacidad para abstenerse de beber.- Los integrantes de este grupo se encuentran en grados de intoxicación grave de un modo habitual y presentan complicaciones orgánicas típicas. Algunos pueden adaptar más o menos su consumo de alcohol a las circunstancias para evitar la embriaguez manifiesta, pero la abstinencia por 24 hs o más, provoca la aparición del síndrome correspondiente.

Slater y Roth (1969), basados en la clasificación de Jellinek, dividieron al alcoholismo en las siguientes categorías:

A.- *El bebedor dependiente del alcohol.*- Este presenta dependencia psicológica de los efectos del alcohol para la relajación de problemas emocionales, incomodidades físicas o dificultades para encarar los problemas diarios. No hay pérdida del control sobre la bebida ni progreso de la enfermedad; rara vez hay intoxicación obvia y síndrome de abstinencia, pero frecuentemente se presentan síntomas físicos, como la cirrosis hepática. No son considerados alcohólicos, socialmente.

B.- *El alcohólico bebedor de vino.*- Este puede controlar la cantidad de alcohol que ingiere y rara vez llegar a una intoxicación franca, pero no puede abstenerse de beber ni por un solo día, en cuyo caso se presenta el síndrome de abstinencia; existe dependencia física y psicológica, así como una mayor tolerancia a la bebida. Constantemente se encuentra en un estado de intoxicación media, pero no se considera a sí mismo como alcohólico.

C.- *Alcohólico incontrolado o compulsivo.*- El nivel de tolerancia al alcohol, de éste, es mayor. Presenta dependencia física y psicológica, y si se abstiene de beber se observa el síndrome correspondiente. Este alcohólico no puede dejar de

beber después de ingerir las primeras copas, hasta embriagarse totalmente; sin embargo, hay periodos de tiempo en los que se abstiene de tomar.

D.- *El bebedor periódico o de turno.*- El patrón de bebida de este alcohólico alterna entre periodos cortos de intoxicación severa y fases de bebida social normal, o bien de abstinencia. Para iniciar los periodos de beber no es necesario que haya un estado de estrés inicial los cuales pueden empezar abruptamente. Esta clase de alcoholismo también es conocido como dipsomanía.

E.- *Alcohólico crónico.*- Este se encuentra en la etapa final del alcoholismo. Presenta cambios físicos y psicológicos consistentes, náusea continua que llevan a una alimentación pobre, lo cual causa complicaciones físicas adicionales. La tolerancia al alcohol disminuye y la ingestión disminuida provoca insatisfacción de la tendencia a beber, lo cual desorganiza a la persona aún más. No obtiene el placer de beber, pero no puede dejar de hacerlo y empieza a consumir bebidas corrientes, sobre todo cuando ya tiene problemas de dinero. Por lo general, termina en un hospital.

Guerra (1977), hace una clasificación en relación con la periodicidad de la intoxicación, considerando de esta manera, dos grandes grupos:

1.- *Alcoholismo intermitente*.- En éste hay incapacidad para detenerse cuando se inicia la ingestión de alcohol, con periodos variables de abstinencia. También es conocido como dipsomanía.

2.- *Alcoholismo inveterado*.- En este hay incapacidad para abstenerse de beber por un solo día.

NEGACION.-

Uno de los peores síntomas de la enfermedad del alcoholismo es la negación, ante él mismo y los que lo rodean. Esto agrava la situación haciendo que, en la mayoría de los casos la enfermedad avance enormemente antes de ser reconocida y atendida.

El enfermo alcohólico tiene, como parte de la enfermedad, una fuerte tendencia a la evasión, a fugarse de la realidad por sistema. De esta manera se encuentra en un círculo sin salida, ya que por un lado bebe para escapar de su realidad emocional y por otro lado se niega a sí mismo que lo

esté haciendo. Cuando un familiar o amigo cercano le pregunta si tiene un problema alcohólico, seguramente responderá que no, no tanto por mentir conscientemente sino porque así lo cree. El enfermo alcohólico sufre una gran carencia afectiva emocional y en el fondo está disgustado con lo que es, vive con un constante malestar interior y en realidad bebe en un intento por aliviar ese sufrimiento.

La necesidad del alcohólico de negar su realidad es tan fuerte que, inconscientemente y como mecanismo de defensa, recurre a todo tipo de fantasías para justificar sus actitudes y todos los problemas causados por su forma de beber. De esta manera minimiza y racionaliza su condición. El enfermo es incapaz de percibir la realidad de su padecimiento, no importa que tan obvio sea para los demás. Ante la confrontación de su problema puede intentar cambiar de tema o empezar a discutir otros problemas.

A la negación del enfermo se une y la refuerza la negación de la familia, especialmente la del conyugue. Pasa un tiempo antes de que los familiares acepten la realidad. Desgraciadamente, el alcoholismo es una enfermedad que, causa vergüenza ante la sociedad. Como los síntomas del

alcohólico se van manifestando poco a poco es común que la familia también muestre una tendencia a justificar las actitudes del enfermo en este mismo intento por negar la realidad.

La ignorancia juega un papel muy importante en la negación. Cuando se tiene la idea de que un alcohólico es una persona que se emborracha todos los días hasta perder la conciencia, es muy fácil pensar que un individuo que toma a diario pero nunca se embriaga, o que solo lo hace dos veces al mes, no es alcohólico. Cuando se tiene la información correcta, es necesario recordar que el alcohólico no lo sabe, que parte de su enfermedad es precisamente no darse cuenta.

Siendo la negación un factor tan dañino en el proceso de la enfermedad, la aceptación de la misma es el primer paso en el camino de la recuperación y un gran alivio para la persona al saber que ha identificado su problema. Antes de que el enfermo dé el paso de la aceptación es difícil, si no imposible, tratar de hacer algo que cure su padecimiento. Tanto los médicos como la familia deben saber que lo único que pueden hacer frente a un alcohólico diagnosticado es

ayudarlo a llegar a la aceptación; cualquier otro intento de un tratamiento específico será totalmente inútil.

Como es de suponer, esta negación, limita el actuar oportuna y específicamente, tanto al médico como a Alcohólicos Anónimos (A.A.) en bien de estos pacientes.

TRATAMIENTO.

Cuando una persona alcohólica deja de beber, los síntomas de supresión inician dentro de seis o 48 horas alcanzando su apogeo cerca de 24 a 35 horas, después de la última bebida. Durante este periodo la inhibición de la actividad cerebral causada por el alcohol se revierte bruscamente. Se incrementa la producción de las hormonas del estrés, sobreexcitando al sistema nervioso central. Al ingresar a un hospital, los pacientes deben ser revisados y ampliamente explorados para descartar cualquier lesión o afección médica y deben tratarse para cualquier problema potencialmente grave, como la hipertensión, y trastornos de ritmo cardiaco. La meta inmediata es calmar al paciente lo más pronto posible, mediante ansiolíticos, evitando la presentación del delirio tremens, acompañándole de una hidratación adecuada y en cantidad necesaria, y específica para el caso. Es aconsejable aplicar por vía intravenosa o en la solución, una ampula de complejo B con el fin de prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Deben ser observados hasta su recuperación, para determinar la gravedad del caso, y de ser necesario se aplicarán medidas complementarias.

En los casos de síntomas de supresión leve a moderada, que en general lo presentan el 95% de estos enfermos, se manifiestan por agitación, temblores, reposo perturbado y falta de apetito. En promedio el 15 al 20% de estas personas pueden presentar crisis convulsivas, breves alucinaciones, sin progresar hacia el delirio tremens. Después de ser examinado y observado, se aplica tratamiento adecuado al caso y una vez superada la situación, puede ser manejado ambulatoriamente, proporcionándole medicación para continuar su manejo intradomiciliario. Igualmente se le cita en cuatro días y se le invita a acudir al servicio de urgencias en caso de así necesitarlo. De ser posible, un familiar cercano debe apoyarlo durante esta fase de supresión etílica.

Cerca del 5% de pacientes alcohólicos presentan el delirium tremens, mismo que se desarrolla cuatro o cinco días después de la última bebida. Presentan síntomas como fiebre, taquicardia, híper o hipotensión, agresividad, alucinaciones y otros trastornos mentales. Puede acompañarse, este cuadro, de crisis convulsivas, que deben ser controladas a la mayor brevedad posible con los medicamentos específicos. La letalidad de estos cuadros llega a ser hasta del 20% cuando no son tratadas. Su manejo es a base de hidratación, ansiolíticos

hasta estabilizar sus condiciones físicas. Una vez superada la urgencia puede darse de alta, previo envío a las especialidades que lo justifiquen, así mismo se le proporciona el medicamento necesario para el manejo de su supresión alcohólica.

Estos cuadros son conocidos popularmente como “borrachera seca”, situación que no por el hecho de suspender la bebida, habla de un cambio favorable en su actitud y conducta. A pesar de que su vida se ha convertido en una pesadilla, el alcohólico sigue atribuyendo su desgracia a circunstancias ajenas a él, lo que implica un estado de ánimo y un comportamiento que son venenosos para el bienestar del enfermo.

Este síndrome de abstinencia tiene los siguientes síntomas:

Conducta de grandiosidad.- La manifiesta por falta de percepción interior y una actitud de presunción, que lo llevan a asumir actitudes ridículas o ser cruel con los demás.

Enjuiciamiento rígido.-Tiende a hacer juicios de sí mismo y de los demás, lo que prueba lo irreal de su conducta

que traduce autoestima baja, con fuerte sentimiento de culpa.

Impaciencia.- Desea satisfacción inmediata y de no lograrla, reacciona con indignación o depresión.

Conducta infantil.- Fácilmente llega al aburrimiento, distracción o incluso a la desorganización. Su estado de ánimo cambia con mucha facilidad constantemente parece estar insatisfecho con su vida.

Incomodidad.- Los malestares de su vida pasada parecen acosarlo y causarle incomodidad permanente, consigo mismo, trata de preservar su autoestima pero no puede, ni quiere, encontrar dentro de sí mismo los impulsos que gobiernen su conducta.

Negación.- El alcohólico niega la realidad de su problema y trata de convencerse a sí mismo de que él está bien. Sin embargo, no tiene éxito en este autoengaño, porque sí reconoce en él sentimientos, impulsos, deseos y recuerdos que son inaceptables. Esto le provoca un conflicto entre lo que vagamente percibe que es la verdad acerca de sus

sentimientos, impulsos y deseos, y aquello que su estima propia le permite aceptar como la verdad.

Es muy difícil que la familia pueda proporcionarle al alcohólico una situación en la que sea capaz de lograr una evaluación realista de sí mismo, por esta razón la ayuda exterior es lo más recomendable y la mejor opción es Alcohólicos Anónimos.

MANEJO A LARGO PLAZO.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS; LA ÚNICA OPCIÓN.

ORIGENES.

Un hombre de negocios, americano, y alcohólico, fue atendido por un año, por el Dr. Jung, abrigaba la confianza de que ya se hubieran descubierto las razones que lo inclinaban a beber, sin embargo, siguió tomando a pesar de estar siendo atendido. Cuestiona al Dr. Jung al respecto y este le contesta: “Después de sus visitas a mi consultorio, continué en la creencia de que usted sería uno de los rarísimos casos que podrían lograr la recuperación, pero debo admitir, que nunca ha visto un solo caso que se recupera por medio de la psiquiatría y menos en una neurosis como la suya. La medicina ha hecho todo lo posible por usted. Esta es su realidad”. Remarca: “Hay algunas excepciones, en las que algunos alcohólicos han tenido lo que se llama una experiencia espiritual vital, de lo que hablo es de una experiencia transformadora, de conversión, por lo que solo

puedo recomendarle que se situé en la atmósfera religiosa de su preferencia”.

La creación de organizaciones a favor de la abstinencia se remonta a principios del siglo XIX en Estado Unidos, cuando surgieron las primeras ligas antialcohol en Nueva York (1808), Massachusetts (1813) y Connecticut (1813). En Europa, este tipo de organizaciones se fundaron en las décadas de 1820 y 1830, siendo las más fuertes la de Gran Bretaña y los países escandinavos.

Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en 1935, en Akron, Ohio, como resultado del encuentro de Bill W., agente de la bolsa de Nueva York, y el Dr. Bob S., un cirujano de esa ciudad. Ambos habían sido alcohólicos desahuciados. Sin conocerse, habían tenido contacto con el Grupo Oxford, sociedad compuesta por gente no alcohólica que recalca la aplicación de valores espirituales a la vida diaria. Su director era el afamado clérigo Dr. Samuel Shoemaker, quien compartía la influencia espiritual de su amigo Ebby T. en el manejo de los integrantes. Con ellos Bill había logrado la sobriedad, trabajando con alcohólicos. En el

Grupo Oxford el Dr. Bob no lo había logrado, por falta de ayuda.

Cuando por fin el Dr. Bob y Bill (1935), se conocieron, el encuentro produjo en el Dr. Bob un efecto inmediato. Esa vez se encontraba cara a cara con un compañero alcohólico que había logrado dejar de beber. Bill recalca que el alcoholismo era una enfermedad de la mente, de las emociones y del cuerpo. Este importante hecho se lo había comunicado el Dr. William D. Silkworth, del Hospital Towns, de Nueva York, en donde Bill había ingresado varias veces. Las ideas de Bill convencieron a Bob, logrando pronto su sobriedad.

Se pusieron a trabajar con los alcohólicos confinados en el Hospital Municipal de Akron, Con su esfuerzo conjunto pronto, un paciente, logró la sobriedad. Aunque todavía no se había inventado el nombre de Alcohólicos Anónimos, estos tres hombres constituyeron el núcleo del primer grupo de A.A. Ese mismo año se formó en Nueva York el segundo grupo.

Y fue hasta 1939, en Cleveland, donde se formó el tercer grupo. En ese mismo año se llegó a la cifra de 100 alcohólicos sobrios en los tres grupos.

A principios de 1939 la comunidad publicó su primer libro de texto básico, Alcohólicos Anónimos, escrito por Bill, se exponían la filosofía y los métodos de A.A. la esencia de los cuales se centraba en los ahora bien conocidos Doce Pasos de recuperación. Ese mismo año establecieron sus oficinas en Nueva York y con los principios que habían surgido de las arduas experiencias de los grupos, fueron codificados por Bill en lo que hoy se conoce como las Doce Tradiciones de A.A. Fue tanto su desarrollo que en 1950, había en todas partes del mundo un promedio de 100 mil alcohólicos recuperados.

Al-Anon, simultáneamente fue creada en 1952, en la ciudad de Nueva York por Lois W., esposa de uno de los fundadores de A.A. y Anne B. Los grupos Alateen se organizaron por primera vez en California en 1957. Aunque independientes de AA, ambos programas usan los Doce Pasos de AA, para la recuperación y celebran sus encuentros de modo similar. Las ayudas económicas proceden

íntegramente de las contribuciones de sus miembros. La sede central de los Grupos Familiares Al-Anon S.A., mantienen sus oficinas en Nueva York.

El Dr. Bob, se integró al cuerpo médico del hospital Santo Tomás, en Akron, institución médica administrada por la iglesia católica, en donde junto con la Hermana M. Ignacia, facilitaban atención médica e inculcaban el programa de AA. Después de la muerte del Dr. Bob, el 16 de noviembre de 1950, la hermana Ignacia siguió trabajando con estos enfermos.

El 24 de enero de 1971, Bill murió de pulmonía en Miami Beach, Florida, donde, hacía siete meses, había pronunciado ante la Convención Internacional del 35 Aniversario lo que resultaron ser sus últimas palabras a sus compañeros de AA.: “Dios les bendiga a ustedes y a Alcohólicos Anónimos para siempre”.

QUIENES SOMOS.

Enunciado.

Como se ha venido expresando, la única solución posible para la recuperación de un enfermo alcohólico que ha

dado resultados a nivel internacional, es el sistema de Alcohólicos Anónimos. Frecuentemente se tiene una idea deformada de lo que en realidad es. Por esta razón creo de gran importancia reproducir uno de los textos informativos de este grupo:

Los miembros de A.A., somos hombres y mujeres que hemos descubierto y admitido que no podemos controlar el alcohol; que hemos aprendido que tenemos que vivir sin él, si es que queremos evitar el desastre para nosotros y para aquellos que nos rodean.

Formamos una fraternidad internacional, que no tiene formalidades, solo tenemos un propósito primordial; permanecer sobrios y ayudar a otros que deseen recurrir a nosotros para que los ayudemos a lograr la sobriedad.

No somos reformadores ni estamos aliados a ninguna agrupación, causa ni denominación religiosa. No deseamos que el mundo entero se vuelva abstemio; no reclutamos nuevos miembros, sino que les damos la bienvenida. No imponemos a otros nuestra experiencia con el problema de la bebida, sino que la compartimos cuando se nos pide hacerlo.

Entre nuestros miembros se encuentran hombres y mujeres de todas las edades y muy diferentes condiciones sociales, económicas y culturales. Entre nosotros, algunos bebieron durante muchos años antes de darse cuenta que no podían controlar el alcohol; otros tuvieron la fortuna suficiente de apreciar, a temprana edad o sin avanzar mucho en sus carreras de bebedores, que el alcohol se había vuelto incontrolable.

También son diversas las consecuencias de nuestro beber alcohólico: Hay entre nosotros algunos que llegaron a quedarse solos antes de recurrir a AA., para ser ayudados, otros perdieron la familia, los empleos y el respeto a sí mismos. Hay quienes han estado en las ciudades perdidas de muchos lugares; algunos han estado hospitalizados o encarcelados un sinnúmero de veces. Los hay que han cometido graves delitos contra la sociedad, la familia, los patrones y contra sí mismos. Entre nosotros hay quienes nunca han estado hospitalizados ni encarcelados, ni han perdido familia o trabajo a causa de la bebida, pero llegamos finalmente al punto que nos dimos cuenta de que el alcohol estaba interfiriendo lo que es una forma normal de vivir. Cuando descubríamos que no podíamos vivir sin alcohol,

decidimos buscar ayuda por medio de AA. En nuestra fraternidad están representadas todas las grandes creencias, y muchos dirigentes religiosos han estimulado nuestro crecimiento; también hay entre nosotros muchos que se proclaman a sí mismos ateos y agnósticos. Pero ya sea que se tenga fe, o que se esté adherido a un credo religioso, esto no es una condición para ser miembro.

Nos une nuestro problema común: el alcohol. Al reunirnos, platicar y ayudarnos, unidos, los alcohólicos somos capaces, extrañamente de permanecer sobrios y perder la compulsión por la bebida que en otra época fue dominante.

No creemos ser los únicos que tienen la solución al problema de la bebida; sabemos que el programa de alcohólicos anónimos nos funciona y que lo hemos visto funcionar para todo recién llegado, casi sin excepción, cuando honesta y sinceramente quiere dejar de beber. Por medio de AA., hemos aprendido un buen número de cosas acerca del alcoholismo y de nosotros mismos, y procuramos que no se nos olvide nunca. Para nosotros, la sobriedad debe ser siempre lo primero.

LO QUE HEMOS APRENDIDO ACERCA DEL ALCOHOLISMO.

Lo primero, es que se trata de uno de los problemas más antiguos en la historia del hombre, pero solo ha sido recientemente cuando nos hemos podido beneficiar de los nuevos enfoques sobre este problema. A.A. no define el alcoholismo de una manera formal, estamos de acuerdo en que, para nosotros, es como una compulsión física unida a una obsesión mental. Con esto queremos decir que teníamos un deseo físico característico para consumir alcohol mas allá de nuestra capacidad para controlarlo, desafiando todas las reglas del sentido común, no solo teníamos un anhelo vehemente de alcohol, sino que con frecuencia nos sometíamos a él cuando era el peor momento, no sabíamos cómo ni cuándo parar de beber y con frecuencia, no parecíamos tener el juicio suficiente para saber cuando no debíamos empezar. Como alcohólicos, hemos aprendido por el camino difícil, que la sola fuerza de voluntad, aunque era muy eficaz en otros aspectos, no lo fue para mantenernos sin beber. Hemos intentado la abstinencia total durante determinados periodos, hemos hecho promesas solemnes, también hemos tratado de beber solo a ciertas horas; pero

ninguno funcionó, tarde o temprano terminábamos embriagándonos, cuando no solo queríamos evitarlo, sino que queríamos todos los incentivos para permanecer sin beber. Pasamos por etapas de horrible desesperación, al estar seguros de que en nuestro cerebro algo estaba mal, llegamos a odiarnos, por desperdiciar los talentos con los que se nos había dotado y por las dificultades que estábamos causando a nuestras familias y a otros. Con frecuencia dábamos rienda suelta a la autocompasión y proclamábamos que nada podría ayudarnos. Ahora podemos sonreír ante esos recuerdos, pero para entonces fueron experiencias desagradables y terribles.

EL ALCOHOLISMO: UNA ENFERMEDAD.

Aceptamos que el alcoholismo es una enfermedad, progresiva e incurable, pero, se puede detener. No es vergüenza tener una enfermedad siempre que seamos capaces de enfrentarla con honestidad intentando hacer algo al respecto; admitimos que somos alérgicos al alcohol y por sentido común debemos permanecer alejados del licor. Entendemos, que una persona que toma de manera compulsiva, es alcohólica y por lo tanto, esa persona lo

seguirá siendo, esta es una realidad en la que tenemos que vivir.

Hemos aprendido que al alcohólico le quedan dos caminos: si continua bebiendo, su problema empeorará progresivamente, y se pondrá en el camino que lo lleve a vivir en las ciudades perdidas, ingresar a hospitales, cárceles u otras instituciones o definitivamente lo conducirá hacia la muerte. Otra alternativa es, dejar completamente de beber. Si optan por esta ruta y a beneficiarse de la ayuda que tienen a su disposición, se puede abrir una nueva vida para los alcohólicos. Estamos conscientes que el primer trago, es el que nos hace daño, el que pone en marcha toda la serie de tragos que no podemos interrumpir, el que inicia una reacción en cadena que nos conduce a beber sin control. Por eso en AA., se dice: “Para un alcohólico, un trago es demasiado y mil no bastan”.

Hemos aprendido, que dejar de beber por la fuerza no es agradable, porque no disfrutamos la abstinencia, nos hace sentir como mártires, lo que nos acentúa la irritabilidad siendo difícil vivir y trabajar con nosotros mismos, terminando finalmente en una necesidad de volver a beber.

Estando en AA., tenemos una nueva perspectiva de sobriedad disfrutando de una sensación de liberación. Respecto al ayer, no hay nada que podamos hacer, y el mañana nunca llega; hoy es el único día que tenemos para disfrutarlo en abstinencia ya que hemos aprendido que podemos pasar 24 hs sin un trago.

Por experiencia hemos aprendido que todos los alcohólicos se enfrentan a los mismos problemas, por lo que reconocemos que el programa de AA., funciona para casi cualquier alcohólico que honestamente quiera que funcione, sin importar sus antecedentes ni los patrones de bebida que pueda tener.

Estos son algunos síntomas de la enfermedad:

¿Ha perdido el control cuando esta bebiendo?

¿Ha perdido amigos por culpa de la bebida?

¿Ha perdido empleos por culpa de la bebida?

¿Ha llegado al grado de tener que beber por la mañana?

¿Alguna vez toma tragos a escondidas?

¿No puede evitar tomar una copa tras otra?

¿Ha tenido lagunas mentales al beber?

AUTODIAGNÓSTICO.

1.- ¿Pierdo parte de mi tiempo de trabajo debido a la bebida? ¿Sí? ¿No?

2.- ¿Causa la bebida desdicha en la vida de mi hogar? ¿Sí? ¿No?

3.- ¿Bebo porque siento timidez en mi trato con otras personas? ¿Sí? ¿No?

4.- ¿Está la bebida afectando mi reputación? ¿Sí? ¿No?

5.- ¿He sentido gran remordimiento después de una borrachera? ¿Sí? ¿No?

6.- ¿Me codeo con bajas compañías y acudo a malos ambientes cuando bebo? ¿Sí? ¿No?

7.- ¿Me he visto en apuros de dinero como resultado de la bebida? ¿Sí? ¿No?

8.- ¿Hace la bebida que descuide el bienestar de mi familia? ¿Sí? ¿No?

9.- ¿Han decaído mis aspiraciones desde que bebo?
¿Sí? ¿No?

10.- ¿Me emborracho a veces en momentos inoportunos
precisamente cuando tengo algo importante que hacer? ¿Sí?
¿No?

11.- ¿Apetezco un trago a ciertas horas del día? ¿Sí?
¿No?

12.- ¿Me hace falta un trago al día siguiente de una
borracheira? ¿Sí? ¿No?

13.- ¿Me causa dificultad la bebida para dormir? ¿Sí?
¿No?

14.- ¿Está la bebida perjudicándome en mi trabajo o
negocio? ¿Sí? ¿No?

15.- ¿Bebo para escapar de preocupaciones? ¿Sí? ¿No?

16.- ¿Ha disminuido mi eficiencia en el trabajo desde
que bebo? ¿Sí? ¿No?

17.- ¿Bebo solo? ¿Sí? ¿No?

18.- ¿He perdido completamente la memoria en ciertos momentos debido a la bebida? ¿Sí? ¿No?

19.- ¿He tenido que verme alguna vez con un médico con motivo de la bebida? ¿Sí? ¿No?

20.- ¿Bebo para reforzar la confianza en sí mismo? ¿Sí? ¿No?

21.- ¿He tenido que recluirme en algún hospital o en mi propio hogar como resultado de la bebida? ¿Sí? ¿No?

Si después de responder honestamente estas preguntas, usted se ha dado cuenta de que tiene un problema alcohólico o tal vez no le quede claro, pero lo sospecha, debe solicitar ayuda, que le permita hacerle frente, oportunamente a este problema, en bien de su propia salud y la de su familia.

TOMAMOS UNA DECISIÓN.

Honestamente tuvimos que enfrentar nuestra realidad, admitiendo que éramos impotentes ante el alcohol, este fue

el hueso más duro de roer, ya que la palabra alcohólico, se le asigna al miserable, degradado, y excluido de la sociedad, lo que significa debilidad de carácter. Sin embargo, nos sentimos aliviados cuando se nos explicó que el alcoholismo es una enfermedad y que por lógica debemos actuar ante la amenaza que nos puede destruir. Dejamos de engañar a otros y a nosotros mismos, ya que nuestra actitud indicaba lo contrario. Admitir ser alcohólico, depende solamente de nosotros mismos, de nadie más. Es muy natural que la perspectiva de una vida sin alcohol pareciera sombría, sin embargo descubrimos que el grupo está conformado por seres humanos, como nosotros, pero con la virtud de comprender nuestro problema con cordialidad sin hacerse jueces. Pronto nos dimos cuenta que a nadie se le exige ningún ritual ni patrón de vida, ni se pagan cuotas de ninguna clase, nadie da órdenes y que la planeación de las reuniones las maneja un grupo de servidores que se rotan periódicamente.

COMO PERMANACER SOBRIOS.

Al lograr la sobriedad, tratamos de conservarla mediante la observación de la experiencia que ha tenido

éxito, misma que nos proporciona herramientas y guías que tenemos la libertad de aceptar o rechazar, según nos parezca.

EL PLAN DE LAS 24 HORAS.

Nos concentramos en conservarnos sobrios solo durante las 24 hs de hoy, y tratamos sencillamente de seguirlo día tras día. Si sentimos el deseo de un trago, solo lo posponemos para el siguiente día, manteniendo nuestra mente honesta y realista; si nos sentimos con el deseo de beber, nos preguntamos si valdría la pena hacer lo que tenemos en mente, afrontando todas las consecuencias que experimentamos al beber. Nos ayuda seguir el ejemplo de los que han tenido éxito y continuamos asistiendo a las reuniones, aceptando que la asistencia no es obligatoria, sin embargo no podemos explicar la fortaleza que nos causa el escuchar las historias e interpretaciones de los compañeros, lo que nos motiva a mantenernos sobrios.

LOS DOCE PASOS.

Es muy raro ver fracasar a alguna persona que haya seguido fielmente estos pasos. Nuestros historiales reflejan lo que era antes nuestro modo de ser, lo que nos aconteció y lo

que somos hoy. Debemos señalar que después de dar algunos de estos pasos, nos detuvimos obstinadamente, pugnando por seguir adelante. Creíamos que podríamos hallar un camino más fácil y cómodo, pero lo cierto es que no pudimos encontrarlo. Es por ello que les pedimos con la mayor vehemencia, que se mantengan estoicos e íntegros desde el comienzo. Es preciso recordar que en todo momento estamos tratando contra el alcohol, enemigo acérrimo, artificioso poderoso y burlón, sin ayuda nuestro enemigo resulta demasiado fuerte, para nosotros.

He aquí los pasos que dimos y que sugerimos a todos los alcohólicos interesados como Programa de Recuperación.

1.- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

2.- Llegamos al convencimiento de que solo un Poder Superior a nosotros podría devolvernos el juicio.

3.- Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.

4.- Sin miedo hicimos un sincero y minucioso inventario moral de nosotros mismos.

5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos.

6.-Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos esos defectos de carácter.

7.- Humildemente le pedimos a Dios que nos liberase de nuestros defectos.

8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9.- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, excepto a cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.

10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal, y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

11.- Buscamos a través de la oración y la meditación el modo de mejorar nuestro contacto con Dios, tal como nosotros lo concebimos, pidiéndole solo que nos dejase conocer Su Voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

12.- Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de esos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Al ir creciendo en AA., nuestro concepto de un Poder más grande se ha vuelto más maduro, pero ha continuado, siempre, nuestro propio concepto; nadie nos lo ha impuesto. Prestando atención al último paso nos dimos cuenta que trabajar con otros alcohólicos que buscan ayuda en AA., es una forma eficaz de fortalecer nuestra propia sobriedad, teniendo presente siempre, que la otra persona es la única que puede determinar si es o no alcohólica. “Primero es lo primero” nos recuerda que sin importar hasta qué grado lo intentemos, no podemos hacer todo a la vez, que en cualquier intento de reconstruir nuestras vidas tenemos que recordar la importancia primordial de no beber. “Poco a poco se va lejos”, “tómalo con calma”, “No te impacientes” o “No tengas prisa”, axiomas que nos enseñan a que los alcohólicos pueden y deben aprender a hacer las cosas sin prisa. “Vive y deja vivir” sugerencia actual que los alcohólicos deben, sin importar los años de sobriedad, no permitirse ser intolerantes con los demás. Resultan también de mucha utilidad los libros

y folletos, en los cuales sus primeros miembros dejaron constancia de sus historias y de los principios que creyeron que los habían ayudado a recuperarse.

¿A.A. LES FUNCIONA A TODOS?

Creemos que el programa de recuperación de A.A., le funciona a casi todo aquel que tenga el deseo de dejar de beber, incluso para aquellos que son forzados a integrarse por la familia o el trabajo. Sin importar que tan degradado o despreciado esté el enfermo, encontrará en A.A., el camino de sobriedad para salir de la maraña del confuso problema de la bebida: hemos descubierto que el camino es fácil, cuando así nos lo proponemos. Después de años de desesperación y frustración, sentimos que en realidad empezamos a vivir por primera vez; disfrutamos el compartir esta vida nueva con cualquiera que todavía sufra de alcoholismo, tal como nosotros sufrimos y que busque un camino para salir de la obscuridad a la luz.

Nos agrada la oportunidad de compartir nuestra experiencia con quien busque ayuda para detener esta enfermedad. Nos damos cuenta de que nada de lo que podamos decir tiene ningún significado real hasta que el

alcohólico, personalmente esté dispuesto a admitir, al igual que una vez nosotros lo hicimos, que “el alcohol me ha derrotado y necesito ayuda”.

Finalmente, A.A., no da a los alcohólicos la motivación inicial para recuperarse, no trata de persuadir a los alcohólicos para se hagan miembros, no patrocina ni participa en investigaciones, no guarda registros de asistencia o historiales, no está afiliada a consejos ni a agencias sociales, no vigila ni trata de controlar a sus miembros, no hace pronósticos ni diagnósticos médicos ni psicológicos, no provee servicio de desintoxicación, ni de enfermería, hospitalización, medicinas o cualquier tratamiento médico o psiquiátrico, no ofrece servicios religiosos, no participa en la educación acerca del alcohol, no proporciona servicios de vivienda, alimentación, ropa, dinero, trabajo, ni demás servicios de asistencia social, no ofrece servicios de asistencia doméstica ni profesional, no acepta dinero por sus servicios, ni contribuciones de no afiliados, no suministra cartas de recomendación a las juntas de libertad condicional, abogados, funcionarios de los tribunales.

GRUPOS DE FAMILIA AL-ANON.

Esta agrupación brinda apoyo y comprensión de manera muy especial, enseñándoles que no hay situación desesperada ni de fracaso que no pueda ser superado, que nos permita hallar satisfacción y felicidad, independientemente del estado que guarde el tomador. Convivir con un alcohólico, implica la necesidad de un apoyo espiritual por el peso emocional que esto implica. Al lograr un cambio positivo de actitud, y a medida que se aprende a situar el problema en su realidad, pierde el poder de dominar sus pensamientos y su vida. En Al-non, también se practica el anonimato y la discreción, para que de esa manera se puedan sentir libres de expresar sus vivencias y sentimientos.

Los familiares actúan obsesivamente en todo lo relacionado con el número de tragos, de botellas y su pensamiento se concentra en lo que se podría hacer, para que deje de beber. Viven permanente angustiados, al contemplar como su familiar se va matando lentamente con el alcohol. Cometan el error de encubrirlo y su preocupación se incrementa diariamente. Les genera ira creciente, al percibir que el enfermo olvida sus responsabilidades, que miente y

que los utiliza y que no los quiere. Crean sus propias mentiras, aceptando promesas incumplidas con lo que ocultan, según ellos, sus propios sentimientos. Lo anterior, en suma, los conduce un sentimiento de culpa como pensamiento persistente, atribuyéndolo a algo que hicieron o dejaron de hacer.

Enviar a un paciente a Al-Anon o a un joven a Al-teen, resulta igualmente tan difícil, que enviar a un enfermo a Alcohólicos Anónimos. Sin embargo estas agrupaciones están abiertas a toda persona que haya sido afectada negativamente por la relación con un alcohólico; esposo-a, hijos, hermanos, padres etc.

COMPLICACIONES.

La OMS reporta un promedio de 1.8 millones de muertes al año debidas al alcohol, cifra que lo convierte en la sexta causa de muerte a nivel mundial, siendo los más afectados, América y Europa.

El alcoholismo puede matar de muchas maneras diferentes. En total, reduce la esperanza de vida por 10 a 12 años. Entre más temprano una persona empieza a beber gran cantidad de alcohol en gran medida, mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves más adelante.

El alcohol es una droga y personas pueden morir por una sobredosis. Es un peligro específico para los adolescentes que queriendo impresionar a sus amigos con su capacidad para beber, sin medir los efectos que esto genera.

En nuestro país, la SSA., reporta que en el año 2008 se presentaron 27 mil fallecimientos de personas entre los 15 y 30 años de edad, por accidentes, de los cuales el 70% de los fallecidos, estaban bajo el influjo del alcohol. Esta cifra, según el SINAIS (Sistema Nacional de Información en

Salud), coloca a los accidentes, como la tercera causa de muerte en nuestro país y el cuarto lugar lo ocupan las enfermedades del hígado relacionadas con el alcoholismo. La ebriedad también se relaciona con el 60% de los suicidios y con el 70% de los accidentes y con el 67% de los asesinatos.

Lo siguiente son solo algunos de los trastornos causados por el consumo crónico del alcohol.

Cardiopatía.- El alcohol produce incremento de los lípidos como el colesterol y los triglicéridos, que al endurecer los vasos sanguíneos, repercuten en hipertensión arterial y secundariamente producir cardiopatía hipertensiva y aterosclerosa que se traducirá en insuficiencia cardíaca que representan en conjunto, un factor determinante para los accidentes cerebro vasculares y el infarto agudo del miocardio, independientemente del género del bebedor.

Cáncer.- El alcohol no es causa de cáncer directamente, pero probablemente puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo del cigarro. Cerca del 75% del cáncer de esófago y 50% del cáncer de boca, garganta y laringe, se atribuyen a este

problema. El alcoholismo también se asocia a un mayor riesgo para el cáncer colorrectal. Como es de imaginarse, el alcohol combinado con el tabaquismo realza los riesgos extraordinariamente, para cualquier tipo de cáncer incluyendo el cáncer hepático y el de mama en las mujeres.

Trastornos mentales y neurológicos.- El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, por lo tanto es causante de depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales, El alcohol también es causante de insomnio y cefaleas.

Problemas gastrointestinales.- El hígado en particular es puesto en peligro por el alcohol. El daño hepático más común es la cirrosis hepática alcohol nutricional, en un 10% de los alcohólicos, y se desarrolla con mayor facilidad en la mujer que en el hombre. También puede causar gastritis erosiva así como úlceras y pancreatitis, de pronóstico grave.

Trastornos de la piel, musculares y óseos.- El alcoholismo se asocia con la osteoporosis, la hipotrofia de los músculos, con edema y dolor, heridas de la piel y resequedad de la misma. Los efectos tóxicos del alcohol repercuten de manera más intensa en la mujer.

Infecciones.- En términos generales, el alcohol, suprime el sistema inmunitario lo que incrementa la propensión para adquirir infecciones con suma facilidad, en particular la neumonía.

Problemas sexuales.- El alcoholismo aumenta los niveles de la hormona femenina llamada estrógenos y reduce los niveles de la hormona masculina, andrógenos, comúnmente llamada testosterona, que favorecen la disminución del vello axilar y pubiano así como la aparición de ginecomastia en el hombre, aunado a la disminución del apetito sexual y a la disfunción eréctil.

Tabaquismo.- Esta demostrado que el alcohólico que fuma, se enfrenta a un riesgo mayor, ya que por regla general el alcohol va íntimamente relacionado con el tabaco, situación que incrementa el riesgo de padecer cardiopatías o cáncer, en alguna parte de organismo.

Diabetes.- El alcohol es generador de hipoglucemias, especialmente peligrosa, en tomadores que dejan de comer y más en los diabéticos, que no solo dejan de comer, sino que también suspenden su medicación y control del problema, sin

hacerse conscientes de su desconocimiento de los síntomas que la hipoglucemia genera.

Mal nutrición y Síndrome de Wernicke-Korsakoff.-

Una copa de vino, proporciona cerca de la mitad de las calorías que necesita el cuerpo de un adulto al día, pero no tiene valor nutritivo. Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede dificultar la absorción de las proteínas, las vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas con alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B (tiamina), es un riesgo específico. Puede dar lugar a una grave enfermedad, el Síndrome de Wernicke-Korsakoff, mismo que puede causar daño cerebral permanente y la muerte. En un estudio, se encontró que el 40% de las personas con este síndrome murieron durante el tratamiento del alcoholismo. Los síntomas son el tambaleo severo, confusión, y la pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave es la carencia de Acido Fólico que causa anemia severa.

Síndrome de dificultad respiratoria agudo.- Con frecuencia representa una forma mortal la insuficiencia pulmonar en el alcohólico, la cual se da con mayor frecuencia

por problemas infecciosos, traumatismos o por procesos neumónicos, que con frecuencia lleva al paciente a ameritar manejo en aéreas de terapia intensiva, con mal pronóstico a corto plazo. Este problema también es común verlo como una manifestación secundaria a la cirrosis descontrolada que produce ascitis, la cual por compresión mecánica desencadena la insuficiencia respiratoria, que logra controlarse al extraer por paracentesis, parte del líquido abdominal.

Interacciones de medicamentos.- Los efectos de muchos medicamentos son fortalecidos por el alcohol, mientras otros son inhibidos. De importancia especial es su efecto de refuerzo sobre los medicamentos que también deprimen al sistema nervioso central, incluyendo a los ansiolíticos, antidepresivos y anti psicóticos. El alcohol interactúa con muchos medicamentos usados en los diabéticos. Dificulta la acción de los medicamentos empleados en el control de las crisis convulsivas y con los anticoagulantes. Aumenta el riesgo de sangrado del tubo digestivo, sobre todo en las personas que están siendo manejadas con anti-inflamatorios no esteroideos y el ácido acetil salicílico, ya que su toma agudiza la gastritis, común en

estos enfermos. Está contraindicado tomar bebidas embriagantes, durante el manejo de metronidazol.

Embarazo y desarrollo infantil.- Hasta las cantidades moderadas de alcohol pueden tener efectos nocivos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo para el aborto espontáneo. Las cantidades altas pueden causar síndrome alcohólico fetal, que ocasiona daño cerebral con retardo mental y de crecimiento, secundariamente.

Problemas para las personas mayores.- Al envejecer la persona, su cuerpo metaboliza el alcohol de manera diferente. Se intoxica más fácilmente con menores cantidades de licor, y los órganos son dañados por cantidades más pequeñas. Está demostrado que el incremento de la cirrosis y la tasa de mortalidad se incrementa en personas mayores de 60 años. Con frecuencia los médicos, pueden pasar por alto el alcoholismo al evaluar a los pacientes ancianos, atribuyendo equivocadamente algunos cambios, específicos de los alcohólicos, al proceso de envejecimiento.

Efectos psicológicos sobre los hijos.- Claudia Black (1997), en su libro, “No hablar, no confiar, no sentir. Los efectos del alcoholismo sobre los hijos y como superarlos”,

dice que la mayoría de los hijos de alcohólicos adopta uno de los tres papeles siguientes: El responsable, el adaptador y el conciliador. El primero asume las tareas del hogar y el cuidado de sus hermanos. El segundo, todo lo percibe como circunstancias de la familia a las cuales se debe de adaptar y finalmente el tercero, se preocupa porque sus hermanos se sientan bien como si él fuera el responsable de cualquier dolor familiar.

Esto tiene su origen en la incoherencia e incertidumbre de su medio, siempre está alerta y pendiente, prefiere quedarse callado, optan por no pedir ayuda ya que han aprendido a ser dependientes de sí mismos completamente.

Contrariamente hay menores que asumen actitudes opuestas y problemáticas que los llevará a desorganizar su vida con bajo rendimiento escolar, tendencia a la delincuencia y a la drogadicción, motivada por la impotencia y la desesperanza que lo induce al aislamiento y a no confiar en los demás. No se atreve a llevar amigos a su casa por temor de ser humillado, avergonzado o incluso atacado físicamente por sus propios padres. Estos niños desarrollan un sistema de negación, tanto de sus sentimientos como de

sus percepciones de lo que ocurre en el hogar. Aprenden a no compartir sus sentimientos, así como también a negarlos porque no confían en los demás, por lo tanto viven en soledad, pero su aislamiento va acompañado de temor, preocupación, vergüenza, culpa, ira y desconfianza. Con esto aprende a reprimir los sentimientos, algunos aprenden a no sentir, pero con facilidad pasan de la desilusión al enojo por carecer de apoyo de sus padres, de esta manera se auto protege por miedo a la realidad de que sus padres le están fallando.

Janet G. Wortitz (1998), en su libro; “Hijos Adultos de Padres Alcohólicos”, habla de trece rasgos que casi todos los niños de padres alcohólicos manifiestan en algún grado y que pueden repercutir en su vida adulta:

- 1.- Los hijos de alcohólicos, al crecer, se preguntan cuál es el comportamiento normal.
- 2.- Tienen dificultad para seguir un proyecto de principio a fin.
- 3.- Mienten, cuando podrían decir la verdad.
- 4.- Se juzgan sin piedad.

- 5.- Tienen dificultad para divertirse.
- 6.-Se toman muy en serio.
- 7.-Tienen dificultad para entablar una relación íntima.
- 8.-Explotan cuando hay cambios que no están bajo su control.
- 9.- Constantemente buscan aprobación y afirmación.
- 10.- Se sienten diferentes de las demás personas.
- 11.- Son exageradamente responsables o exageradamente irresponsables.
- 12.- Son extremadamente fieles aunque sea evidente que la lealtad no sea merecida.
- 13.-Tienen a encerrarse en algo sin importar las consecuencias.

Consecuencias laborales y económicas en el adulto.-

Retraso frecuente de su llegada al trabajo, ausencia frecuente después de días de descanso o al menos lentitud, torpeza e irregularidad en el trabajo, desapariciones frecuentes del puesto sin justificación alguna, ausentismos por

enfermedades menores o por accidentes ocurridos periódicamente en el trabajo, fuera de él o en trayecto, cambio progresivo de actitud manifestado por discusiones o críticas, cambios frecuentes de humor, cólera, o pérdida de interés en el trabajo etc. Como es de suponer, estas situaciones en conjunto o aisladamente, repercuten en la economía personal y por consecuencia en la familia.

CIRROSIS HEPATICA ALCOHOL NUTRICIONAL.

Hay antecedentes históricos, que narran que la primera descripción de esta enfermedad la realizó Eristrato de Alejandría, en el año 300 a.C. Fue definida como “un hígado duro y pétreo al que con frecuencia se le asocia con hidropesía” El término “cirrosis” fue establecido por primera vez por Laennec. Cirrosis proviene del griego “Kirros”, que significa amarillo, denominación justificada por el color pardo amarillento de los nódulos de regeneración hepática.

La cirrosis es una enfermedad crónica y difusa del hígado, de etiología multifactorial, más comúnmente secundaria a alcoholismo crónico, cuyo diagnóstico de certeza se realiza por medio de biopsia hepática. Su existencia, sin embargo, se sospecha, casi siempre, por la clínica y los antecedentes que se reporten al respecto. Por regla general, ocasiona tres tipos de lesiones, desde el punto de vista histopatológico:

1.- Necrosis.-Se encuentra una serie de lesiones en las células hepáticas que pueden ser desde alteraciones degenerativas discretas hasta la necrosis. La severidad de las

lesiones es variable estando en relación con las distintas fases de la enfermedad. Por regla general es más severa mientras mayor sean las complicaciones; hemorragia gastrointestinal e infecciones sistémicas.

2.- Fibrosis.- Su existencia es necesaria para fundamentar el diagnóstico, aunque su existencia aislada no es exclusiva de ésta enfermedad. El hígado cardiaco, la fibrosis hepática congénita y la esquistosomiasis cursan siempre con una fibrosis y no por ello se le considera como cirrosis.

3.- Nódulos de regeneración.- Su presencia es imprescindible para el diagnóstico de certeza. Están formados por unas zonas de tejido hepático rodeadas de tejido fibroso que altera la vascularización así como su función. Solo existe una enfermedad, además de la cirrosis, extremadamente rara que cursa con nódulos de regeneración; la transformación nodular parcial del hígado.

ALCOHOL E HÍGADO.

El alcohol es un tóxico hepático directo y en un 10% de alcohólicos es capaz de originar una cirrosis. El papel del

alcohol como responsable de enfermedades hepáticas fue reconocido en el siglo XVI por Vesalio, habiéndose detectado un gran número de alteraciones metabólicas ocasionadas por su ingesta a nivel hepático.

Dos factores, la dosis de alcohol y la susceptibilidad individual, son determinantes en el tipo de lesiones hepáticas. La duración y la cantidad de alcohol ingerido influyen más que el tipo de bebidas consumidas. Existe un factor de sensibilidad individual, ya que un porcentaje importante de alcohólicos crónicos (60-70%) únicamente presentan lesiones leves, sin llegar a la cirrosis, en cambio puede aparecer en individuos con un consumo alcohólico medio, lo que representa distintos grados en la capacidad individual de metabolizar el alcohol. Sin embargo, la obtención de lesiones hepáticas en voluntarios sometidos a dietas con alcohol y sin déficit nutritivos ha demostrado concluyentemente la acción tóxica directa del alcohol. Actualmente se acepta que en las distintas hepatopatías de los alcohólicos crónicos el alcohol es el factor etiológico causal, mientras que los posibles trastornos nutritivos asociados, juegan un papel secundario.

En los Estado Unidos se corroboró una correlación estadísticamente significativa entre la mortalidad por cirrosis hepática y el consumo de alcohol, así como una evidente disminución de esta, durante la época de prohibición, que fue conocida como Ley Seca.

En relación a su metabolismo, solo vamos a decir que el alcohol, se absorbe fácilmente por el tubo digestivo. Se metaboliza en un 90-98% en el hígado, siendo eliminada la fracción restante por otras vías, particularmente mediante el aparato respiratorio y el riñón. La disminución ocasionada, de la oxidación en los ácidos grasos, determina la acumulación de estos en el interior de la célula hepática, generando una esterificación a triglicéridos, que son los lípidos que se acumulan en exceso en el hígado del alcohólico, que incrementa la posibilidad de la aparición de insuficiencia hepática que se desencadena por factores externos de tipo infeccioso o simplemente como consecuencia de la evolución de la enfermedad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Se puede distinguir una forma compensada y otra descompensada. La edad en que con mayor frecuencia incide es de los 40 a los 60 años de edad.

a).-Cirrosis hepática compensada.- Comúnmente se manifiestan por flatulencias y digestiones pesadas, aunque en los alcohólicos estas molestias pueden ser secundarias a una gastritis post-etélica. Los síntomas más comunes son el crecimiento hepático (hepatomegalia), dura de borde cortante e indoloro, con esplenomegalia, angiomas cutáneos, eritema palmar, así como epistaxis y gingivorragias. Pueden presentarse cambios de coloración y de la conformación de las uñas y dedos en palillo de tambor, hipertrofia de parótidas y la contractura de Dupuytren. En muchas ocasiones las pruebas de función hepática están poco alteradas lo que obliga a realizar la biopsia hepática para realizar el diagnóstico correcto. La evolución es variable, sin embargo llega un momento en que aparecen descompensaciones con hipertensión portal, insuficiencia hepatocelular y muerte.

b).- Cirrosis hepática descompensada.- La aparición de ascitis, encefalopatía hepática y hemorragia digestiva por

hipertensión portal definen clínicamente el grado de descompensación. El estado general se mantiene muy alterado, con astenia, anorexia, indigestión y epigastralgia. El meteorismo se acompaña de distensión abdominal que habitualmente precede a la ascitis. El dolor abdominal vago o de tipo cólico puede deberse a la distensión de la cápsula hepática (Cápsula de Glisson), por los nódulos de regeneración o la presencia de una úlcera gastroduodenal, a un brote de necrosis hepática o a la asociación de un carcinoma primitivo de hígado. La descompensación se manifiesta por:

1.- **Ictericia.**- El mal funcionamiento de la célula hepática para llevar a cabo el metabolismo de la bilirrubina, favorece un incremento de la misma. En las formas agudas la ictericia es intensa y domina el cuadro clínico. En las formas crónicas suele ser muy discreta, esta coloración amarilla.

2.- **Ascitis.**- La insuficiencia hepática es un factor de primera línea como causante de la formación de líquido en la cavidad abdominal. La aparición de esta, en el curso de una hepatopatía crónica, debe ser considerada como un signo de insuficiencia hepatocelular avanzada.

3.- **Encefalopatía hepática.-** Junto con la ascitis y la ictericia, la encefalopatía hepática es una de las manifestaciones principales de insuficiencia hepatocelular. Esta manifestación constituye el factor imprescindible para que se desarrolle la encefalopatía.

4.- **Alteraciones endócrinas.-** El hígado normalmente capta y conjuga los esteroides, inactivándolos y volviéndolos hidrosolubles, y por lo tanto, eliminables por la orina. El hígado insuficiente falla también en este cometido. No obstante, no todas las alteraciones endócrinas que se observan deben atribuirse a un defecto de inactivación de hormonas, ni tampoco se comprueba constantemente un descenso de los esteroides urinarios. Las repercusiones endócrinas de la insuficiencia hepatocelular son de difícil interpretación. En casos como el alcoholismo, cabría invocar factores nutritivos, a semejanza de los trastornos endócrinos observados en los campos de concentración. Estas manifestaciones son más evidentes en el hombre que en la mujer y, en ambos casos, en la época de su vida sexual activa.

En el varón, es frecuente la atrofia testicular en el 57% de los casos, con disminución de la libido que a menudo se

acompaña de esterilidad. La ginecomastia, crecimiento de mamas, puede ser uní o bilateral, se manifiesta frecuentemente en un 15% de los pacientes cirróticos pudiendo influir en su génesis, junto a los factores endócrinos endógenos, la mal nutrición y factores medicamentosos, como la espirolactona. La hiperplasia prostática benigna, es más frecuente en el cirrótico que en los individuos normales.

En la mujer es muy común las alteraciones en el ciclo menstrual, siendo escasas, irregulares y en ocasiones llegan a la ausencia total (amenorrea). Cursa también, cuando es avanzada, comúnmente, con esterilidad. La atrofia uterina y mamaria solo es valorable, como es lógico, en la mujer joven.

En ambos sexos aparecen alteraciones en la distribución del vello, con pérdida del axilar y pubiano. Estos cambios son más sensibles en el varón, con despoblación de la barba, pérdida del vello del pecho y distribución feminoide del pubiano.

5.-Hipertrofia de parótidas.- Estas, son unas glándulas que se encuentra ubicadas en la parte inferior del pabellón auricular y precisamente en la parte posterior de la rama ascendente del maxilar inferior, bilateralmente.

También es común encontrar la contractura de Dupuytren, signos cuya patogenia en relación a la insuficiencia hepatocelular es desconocida y que, junto con los antes enumerados, constituyen estigmas del típico hábito cirrótico.

6.- Signos cutáneos.- La arañas vasculares, son las más características. Consisten en una dilatación arteriolar central, de la que parten pequeños capilares, en forma radiada, a modo de patas de araña; el centro es pulsátil y su presión provoca un empaldecimiento del resto de la lesión. Se acompaña de otro tipo de dilataciones vasculares cutáneas muy finas, mucho menos características de insuficiencia hepática, denominadas telangetasias. Su presencia es muy sugestiva y su aumento, en número y tamaño es signo de progresión de la enfermedad. Pueden disminuir en el estado terminal con colapso.

El enrojecimiento de la palma de las manos, con aspecto moteado, y en ocasiones extendido hasta las yemas de los dedos, constituye otro signo característico llamado eritema palmar, este signo es característico de un exceso de estrógenos (hormonas femeninas) circulantes no activados por el hígado.

A nivel de uñas, consisten en fragilidad, incurvación en vidrio de reloj, estriación longitudinal y opacidad blanquecina, se hallan en el 82% de los cirróticos. Los labios y la lengua pueden tomar una coloración rojo vinosa brillante, (lengua hepática). La piel es seca, áspera y rugosa y con mucha frecuencia aparecen manchas pigmentadas en la región del escote y en la cara anterior de las piernas. La presencia conjunta de varios de estos síntomas les confiere, en cambio, gran valor diagnóstico para cirrosis.

7.- **Signos circulatorios.**- La presencia de pulso capilar, extremidades calientes, taquicardia, latido impulsivo precordial y soplo sistólico caracterizan un estado circulatorio hiperdinámico, al margen de la anemia muy frecuente en la cirrosis. Es posible que la insuficiencia hepatocelular favorezca un aumento de sustancias vasodilatadoras capaces de abrir circuitos arteriovenosos periféricos normalmente cerrados. Estas uniones serían las responsables de una insaturación arterial de oxígeno, presente en un tercio de los cirróticos descompensados, con la consecuente cianosis y, en ocasiones poliglobulia, o sea incremento anormal de glóbulos rojos.

8.-Otros signos.- Son frecuentes las alteraciones inespecíficas del estado general; falta de apetito, alteraciones digestivas, fatigabilidad, pérdida de peso, todos ellos en relación con las complejas deficiencias metabólicas que genera el fallo hepático. La fiebre que aparece no raras veces, parece atribuible a la enfermedad hepática, probablemente por la inactivación de ciertos esteroides pirógenos, sin embargo las posibilidades de un problema infeccioso concomitante en los cirróticos, son muy grandes y no descarta la posibilidad de un problema agregado de colecistitis, pielonefritis, sobreinfección de líquido de ascitis etc.

El olor hepático que despiden el aliento del enfermo con severa insuficiencia hepatocelular, se debe a la exhalación de una sustancia derivada de la metionina, su presencia puede ser signo de mal pronóstico, aunque su presencia no sea constante, constituye un signo importante en el diagnóstico diferencial de un estado comatoso.

9.-Síndrome Biológico de la insuficiencia hepatocelular.- Los datos que lo definen, son consecuencia

de la insuficiencia hepática manifestado en la inadecuada ejecución de sus funciones metabólicas:

Descenso de la albúmina plasmática.- Es proporcional al grado y duración de la insuficiencia hepática. Igual sucede con los valores de colesterol pues tanto su síntesis como su esterificación, son funciones específicas del hígado. Esta falla también se manifiesta en su cometido de sintetizar la urea a partir del amoníaco y valores bajos de urea, solo se encuentran en algunos casos de insuficiencia hepática aguda. Este déficit en la síntesis proteica, también afecta a los factores de coagulación y así los valores de protrombina son de gran utilidad para la valoración clínica de la insuficiencia hepática. Lo anterior favorece un estado de hiperfibrinólisis, muy frecuente en los cirróticos que agrava su tendencia de presentar hemorragias con mucha facilidad.

PRONÓSTICO.

El pronóstico de un paciente cirrótico esta en relación al grado de afectación hepática; La presencia permanente de ictericia y ascitis son signos ominosos en la evolución de la

enfermedad, sobre todo si persiste mala respuesta al manejo después de un mes de haberse instaurado. La encefalopatía ensombrece el pronóstico. Los cuadros de sangrado por ruptura de várices esofágicas agregado a datos de insuficiencia hepática severa, lo más probable es que el paciente fallezca. Por lo anterior podemos deducir que el pronóstico es malo a un plazo no precisable, ya que dependerá del grado de lesión hepática generada por el alcohol.

MORTALIDAD POR CIRROSIS EN MÉXICO.

Al respecto, la SSA declara el día 19 de enero del 2009, al periódico el Universal, que durante el 2007 fallecieron en nuestro país 20,922 pacientes por alcoholismo ligados a accidentes de tránsito, homicidios, violencia intrafamiliar, ocupando un tercer lugar nacional de muertes por esta causa. La Cirrosis alcohol nutricional ocupa el cuarto lugar nacional como causa de muerte.

La Revista Salud Pública de México 1992; Vol. 34(4):378-387 publica un estudio de investigación realizado por el Dr. José Narro Robles, en relación a la Mortalidad por cirrosis hepática en México que concluye en lo siguiente:

1.-Entre 1970 y 1986 el promedio anual de muertes por esta patología ascendió a 13,655, con cifras extremas en 1971 y 1985, cuando se registraron respectivamente 10,704 y 17,270 defunciones, es decir una diferencia equivalente a 38 por ciento.

2.-Se encuentra un incremento en la estructura de la mortalidad general; mientras que en 1970, 23 de cada 1000 defunciones se atribuyeron a la cirrosis, en 1986 la cifra creció en 43 por ciento (40 por 1000).

3.-Desde el punto de vista del sexo, entre 1960 y 1986 en el sexo masculino, según grupos de edad; existe un incremento constante de la mortalidad en cada grupo considerado, ya que la mortalidad pasa de una tasa aproximada de 20/100 000 habitantes en el grupo de 30-34 años, a una tasa superior a los 200/100 000 habitantes en el grupo de 70 o más años. En tercer lugar, en la mujer se ha encontrado una tendencia a la disminución, sin embargo en 1986, se muestra que la curva para ambos sexos es similar.

4.-Es evidente la trascendencia de esta enfermedad, pues en la población total ocupa el primer lugar como causa de defunción entre los 35 y 54 años de edad. En el hombre en

otras décadas de la vida, ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte. En la mujer entre los 35 y 64 años de vida, es también la primera o segunda causa más importante de muerte.

En esos mismos periodos las tasas nacionales f de muerte por cirrosis fueron de 20.3 y 21.3 defunciones por 100 000 habitantes; si se analizan por separado las cinco entidades con mayor mortalidad la tasa se modifica a 35.2 y 38.2 de esos mismos periodos.

En el año 84-85 el gradiente de mortalidad por cada 100 000 habitantes arroja los siguientes datos: Hidalgo 52.4, Tlaxcala 41.2, Edo. Mex. 34.3, Puebla 33.9 y D.F. 29.4, en tanto el penúltimo lugar lo ocupa Sinaloa con 5.3 y el último, Zacatecas con 5.2

CONCLUSION.

Indiscutiblemente que el alcoholismo es una enfermedad y como tal, tanto el enfermo como sus familiares inician un proceso de duelo anticipatorio, desde el momento mismo en que el enfermo vive su alcoholismo como una respuesta desesperada a su vacío existencial, del cual le resulta imposible superar y evadirse, por la necesidad emocional y fisiopatológica de su adicción. Involucra a la familia a enfrentarse a las múltiples pérdidas que su enfermedad implica, manteniéndolos en un duelo que se incrementa diariamente hasta culminar con la muerte.

El gran adiós al final del camino, lo uno que congrega y disgrega. No hay lugar ni hora exacta, solo la muerte como una certeza imprecisa que habrá de ocurrir en un no sé dónde y de un no sé cómo y en un no sé cuando, pero que de cierto ocurrirá. Nuestra conciencia en el instante presente, única realidad que contiene todos los tiempos y todas las posibilidades. Pero insistimos en negarla con el disimulado miedo inconfesable de una sonrisa a medias o de una broma, de un llanto colérico, afligido, o de un ademán difuso, defensivo sin comprender que mientras no nos reconciliemos

con el más remoto sentido de la muerte, jamás nos reconciliaremos con el más inmediato sentido de la vida.

Imaginación afiebrada que se resiste a lo más evidente: la muerte, palpable y objetiva, contundente e irreversible. Aunque parece indicar que todo ha terminado: el funeral, los deudos, el luto riguroso, el féretro y la fosa, que después de la muerte, vuelve a su propia nada, de donde salió. La conciencia frente a sí misma: Su origen y su destino, la respuesta más íntima y personal; ¿Luces o sombras?

Dos y solo dos alternativas posibles: la vida después de la muerte o la muerte después de la vida. Entre tanto, la conciencia de nuestra propia mortalidad abre una fisura en nuestro escenario interno de conciencia. Dependiendo de la significación que cada persona confiera a la experiencia de la muerte, esta fisura puede convertirse en un hueco oscuro por el cual se fuga el sentido más profundo de nuestra vida o en un hueco luminoso por el cual penetra la luz que asigna el más pleno sentido a nuestra existencia cotidiana.

Para la familia, queda la desolación de la pérdida que incide y desgarrá más la huella de abandono hasta vaciar de sentido su propia vida. Lamentan la ausencia y quisieran la

unión primordial con el ser amado. Añoran su cercanía, para poder habitar junto a esa persona cuya pérdida los ha arrojado en un oscuro pozo sin muros de salida.

En esos momentos parece imposible recobrar la paz y la armonía perdidas. No obstante un proceso de duelo, asesorados por un tanatólogo experto, genera las condiciones propicias para que todo individuo pueda resarcir las más profundas heridas emocionales causadas por la pérdida de un ser amado. Crecer internamente, madurar, fortalecerse, desarrollar la capacidad vital de reinventar su principio de realidad y comprender que la muerte de un ser amado no implica el final de una relación afectiva, sino su transformación en nuestro escenario interno de conciencia. Trascender la muerte de un ser amado, confiere mayor capacidad de amar, y nos fortalece.

¡Nada tan poderoso como la conciencia de la muerte, para recobrar una genuina conciencia de la vida!

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Asimov, Isaac. (1993) *El secreto del universo. España: Salvat Ed., P. 64-69.*
- 2.-Asimov, Isaac. (1997) *Nueva guía de la ciencia. España: Plaza & Janes ed., P. 666.*
- 3.-Alcohólicos Anónimos, *Literatura oficial, Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A. C.*
- 4.-Bill, W. (1981) *El sendero de vida, Como lo ve Bill. México: Servicios mundiales de A.A.*
- 5.-Casanueva Reguart, A.J. (1981) *Comparación de características de personalidad de grupos de alcohólicos y no alcohólicos por medio del inventario multifásico de la personalidad (MMPI), Tesis en Psicología, Universidad Iberoamericana, México.*
- 6.-Black, Claudia. (1992) *No hablar, no confiar, no sentir. Los efectos del alcoholismo sobre los hijos y como superarlos, México: Árbol Editorial.*
- 7.-Cortina, R. (1987) *Efectos del alcohol en el sistema nervioso, México: Mundo Médico.*
- 8.-Colins Gregory, B. (1981) *Tratamiento del alcoholismo, México: Medicina de Postgrado.*

- 9.-Cesto, J. (1929) *La bohemia de la muerte, México: Tricolor.*
- 10.-Charles Leerhsen y Tessa Namut. (1988) *Alcohol y la familia, Newsweek.*
- 11.-Donald W. Goodwin. (1982) *Factores hereditarios en el alcoholismo, México: Tribuna Médica.*
- 12.-Draper, Miralles. (1977) *Yo me drogo, tú te drogas, el se droga. España: Plaza & Janes ed., P.666.*
- 13.-Dolard, J., Miller, N.E. Doob, L.W., Mowrer O.H., (1939) *Teoría de la frustración, New Haven, CT: Yale University Press.*
- 14.-Freud, S. (1948) *Una teoría sexual, Obras completas, Madrid, España: Biblioteca Nueva.*
- 15.-Farreras, V. (1972) *Medicina Interna, España: Editorial Marín.*
- 16.-Grupos de familia Al-Anón, (1995) *Como ayuda Al-Anón a familiares y amigos de alcohólicos.*
- 17.-Guerra Guerra, A.J. (1997) *El alcoholismo en México, México: Fondo de Cultura Económica.*
- 18.-Instituto Nacional de la Nutrición. (1968) *Hígado y Vías biliares, México: Universidad Nacional Autónoma de México.*

- 19.-Jellineck, E. (1960) *The Disease concept of Alcoholism*, New York: Hillhouse Press.
- 20.-James, R. Tzivannis. (1981) *Alcoholismo cuidados primarios*, México: Mundo Médico.
- 21.-Kathleen Whalen, Fitzgerald. (1988) *Alcoholismo el factor genético*, Men's Health.
- 22.-Kolb, L. (1978) *Psiquiatría Clínica Moderna*, 5ª. Edición, México: Prensa Médica Mexicana.
- 23.-Lamoglia, E. (1990) *Personalidad alcohólica: Una predisposición genética al alcoholismo*, Tesis en psicología, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- 24.-Menninger, K. (1972) *El hombre contra sí mismo*, Barcelona, España: Ediciones Península.
- 25.-Mendez, E. (1991) *Antropología del alcoholismo en México*, México: Ediciones de la Casa Chata.
- 26.-Mc. Kenna, Terence. (1993) *El manjar de los dioses*. España: Paidós Editorial. P. 173.
- 27.-Organización Mundial de la Salud. (1986) *El demonio del alcohol*, Salud Mundial.
- 28.-Reyes Zubiría, L.A. (1990) *Persona y espiritualidad*, Revista Mexicana de Tanatología, Vol. 1, México.

- 29.-Read, John. (1960) *Por la alquimia a la química*, España: Aguilar Ed. p. 5-10.
- 30.-Schuckit y Rayses (1979) *Diferences in blood acetaldhyde concentration in relatives of alcoholics an controls science* 203.
- 31.-Stokes, E. (1992) *Evaluación de alcoholismo: ¿Qué preguntar a la paciente?*, México: Mundo Médico.
- 32.-Solares, I. (1992) *Delirium Tremens*, México: Planeta.
- 33.-Varios traductores y comentaristas (1967) *Biblia de Jerusalén, Bruselas: Descleé de Brouwe.*